

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Glauce Pereira do Nascimento**

**Avaliação da qualidade de vida e fragilidade de pessoas idosas hospitalizadas  
em uma instituição de ensino**

Juiz de Fora

2024

**Glauce Pereira do Nascimento**

**Avaliação da qualidade de vida e fragilidade de pessoas idosas hospitalizadas  
em uma instituição de ensino**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elenir Pereira de Paiva

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nascimento, Glauce Pereira do.

Avaliação da qualidade de vida e fragilidade de pessoas idosas hospitalizadas em uma instituição de ensino / Glauce Pereira do Nascimento. -- 2024.

92 f.

Orientadora: Elenir Pereira de Paiva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

1. Saúde da pessoa idosa. 2. Qualidade de vida. 3. Fragilidade. 4. Hospitalização. 5. Enfermagem geriátrica. I. Paiva, Elenir Pereira de, orient. II. Título.

**Glauce Pereira do Nascimento**

**Avaliação da qualidade de vida e fragilidade de pessoas idosas hospitalizadas em um hospital universitário**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 20 de dezembro de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

**Profa. Dra. Elenir Pereira de Paiva** - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Rui Pedro Gomes Pereira**

Universidade do Minho

**Prof. Dr. André Luiz Silva Alvim**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Profa. Dra. Luípa Michele Silva**

Universidade Federal de Catalão

**Profa. Dra. Kelli Borges dos Santos**

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 06/12/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Elenir Pereira de Paiva, Professor(a)**, em 14/01/2025, às 14:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rui Pedro Gomes Pereira, Usuário Externo**, em 15/01/2025, às 13:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **André Luiz Silva Alvim, Professor(a)**, em 17/01/2025, às 17:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2143551** e o código CRC **5D4976A4**.

Dedico este trabalho a todas as pessoas idosas, em especial aos meus pais, por todos os ensinamentos recebidos ao longo da vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, expresso toda minha gratidão a Deus, cuja fé e força foram fundamentais para superar os desafios e adversidades que surgiram ao longo desta jornada. Foram tempos difíceis, de anos intensos, marcados por uma série de acontecimentos marcantes que despertaram uma gama de sentimentos e emoções.

Aos meus filhos, Sara e Iuri, meu eterno agradecimento. Vocês são a fonte de minha inspiração, e, por meio do amor incondicional que sinto por vocês dois, me esforço diariamente para oferecer o melhor de mim para vocês e para todas as esferas da minha vida.

Meu mais sincero agradecimento aos meus pais, Lécio e Sonja, que forneceram todos os recursos necessários para que eu desempenhasse com plenitude os diversos papéis de mãe, profissional, estudante e filha. Sou grata pela presença e apoio constantes. Espero retribuir-lhes da melhor forma possível.

À minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Elenir Pereira de Paiva, um agradecimento especial pelo apoio e pelos ensinamentos valiosos que foram cruciais para a realização deste trabalho. Muito obrigada a todos os professores da Facenf, cujas informações compartilhadas despertaram meu senso crítico e ressaltaram a importância do saber e da transmissão do conhecimento, essenciais para o desenvolvimento acadêmico e profissional.

Minha eterna gratidão à minha querida tia Maria Lúcia, cujo apoio e presença constantes foram fundamentais para mim, meus pais e meus filhos. Sua dedicação e equilíbrio foram cruciais para que eu chegasse até aqui.

Agradeço imensamente à minha amiga, parceira de vida e de trabalho, Priscilla, cuja contribuição foi indispensável, especialmente durante a fase de coleta de dados. Agradeço também às minhas amigas Ana Elisa e Suellen, que, com toda inteligência e generosidade, estiveram prontamente ao meu lado, oferecendo apoio e inspiração ao longo desta trajetória.

Minha gratidão às minhas colegas de turma, Roberta, Rayane e Claudilene, que compartilharam seus conhecimentos e contribuíram para que eu mantivesse meu ânimo e determinação.

Agradeço a todos que, de alguma forma, ajudaram a tornar possível a realização deste sonho, permitindo que eu cruzasse a tão almejada linha de chegada.

“Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que lutaste” (Sigmund Freud).



## RESUMO

**Introdução:** o Brasil atravessa um processo de envelhecimento demográfico, o que exige a implementação de medidas eficazes que promovam a melhoria na qualidade de vida da população idosa. Entre os fatores que podem culminar em eventos adversos à saúde, destaca-se a fragilidade, que pode comprometer a qualidade de vida dessa população. Constata-se a existência de uma lacuna na literatura científica quanto à avaliação da fragilidade em idosos no contexto hospitalar e propostas de intervenções baseadas na análise do perfil da população estudada. **Objetivos:** analisar a qualidade de vida e a presença de fragilidade dos participantes da pesquisa. **Métodos:** trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter transversal, realizado com 136 idosos hospitalizados em uma instituição de ensino, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: homens e mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, internados há pelo menos 24 horas e que concordaram em participar do estudo. Dentre os critérios de exclusão, incluem-se: indivíduos em cuidados paliativos e/ou incapazes de responder às perguntas devido à confusão, desorientação, agitação ou demência. Para a coleta de dados sociodemográficos, foram utilizados os instrumentos *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD), para mensurar a qualidade de vida, e a *Edmonton Frail Scale* (EFS), para avaliar o grau de fragilidade. Os dados foram analisados estatisticamente por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 29.0, GNU PSPP 2.01 e GNU Jamovi. Para investigar as relações entre a qualidade de vida e o grau de fragilidade de idosos em relação aos fatores sociodemográficos do estudo, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e, de forma alternativa, o Exato de Fisher. Os coeficientes Phi e V de Cramer foram calculados para avaliar o tamanho do efeito das associações. **Resultados:** entre os 136 participantes, predominam homens (54,4%), na faixa etária de 60 a 70 anos (60,3%), sendo a maioria autodeclarada branca (40,4%) e casada (56,6%). Na escala de qualidade de vida, os domínios mais bem avaliados foram intimidade (42,6%), atividades do passado, presente e futuro (43,4%) e funcionamento dos sentidos (41,2%). Por outro lado, os domínios com piores avaliações e classificados como “regulares” foram: participação social (42,6%), autonomia (47,8%) e morte e morrer (29,4%). Observou-se que 28,7% dos indivíduos são classificados como “aparentemente frágeis”, seguidos por aqueles que “não

apresentam fragilidade” (27,9%). Para analisar a relação entre a qualidade de vida e o grau de fragilidade, foi calculado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*, obtendo-se um valor de -0,419, indicando uma relação negativa de força moderada entre as variáveis. A significância estatística bilateral (p-valor) foi de 0,001, corroborando a existência de uma relação significativa entre as variáveis estudadas. Identificou-se uma associação significativa da qualidade de vida com a idade, cor/raça e estado civil dos idosos participantes. Em relação à fragilidade, identificou-se uma associação significativa com quem o idoso reside e com o consumo de bebidas alcoólicas. **Conclusões:** a análise de correlação entre as variáveis qualidade de vida e fragilidade evidenciou uma relação entre elas. Essa investigação contribui para a compreensão da interdependência entre qualidade de vida e fragilidade em idosos hospitalizados, apontando para a necessidade de estratégias específicas de intervenção que visem à melhoria da saúde e bem-estar dessa população.

**Palavras-chave:** saúde da pessoa idosa; qualidade de vida; fragilidade; hospitalização; enfermagem geriátrica.

## ABSTRACT

**Introduction:** Brazil is undergoing a demographic aging process, which requires the implementation of measures that promote improvements in the quality of life for the elderly population. Among the factors can lead to adverse health events, frailty stands out, which can compromise the quality of life of this population. There is a gap in the scientific literature regarding the assessment of frailty in the elderly in hospital settings and proposals for interventions based on the analysis of the profile of the population studied. **Objectives:** analyze the quality of life and the presence of frailty of research participants. **Methods:** this is cross-sectional epidemiological study conducted with 136 elderly individuals hospitalized in a teaching institution selected based on the following inclusion criteria: men and women aged 60 years or older, hospitalized for at least 24 hours, and who agreed to participate in the study. Exclusion criteria included: individuals in palliative care and/or those unable to answer questions due to confusion, disorientation, agitation, or dementia. A questionnaire was applied for the collection of sociodemographic data, the World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD), was used to measure quality of life, and the Edmonton Frail Scale (EFS), was employed to assess the degree of frailty. The data were statistically analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 29.0, GNU PSPP 2.01 and GNU Jamovi. To investigate the relationships between quality of life and the degree of frailty of elderly people in relation to the study's sociodemographic factors, Pearson's Chi-Square test was used and, alternatively, Fisher's exact test. Cramer's Phi and V coefficients were calculated to evaluate the effect size of the associations. **Results:** among the 136 participants, men predominated (54.4%), aged 60 to 70 years (60.3%), with the majority self-identified as white (40.4%) and married (56.6%). In the quality of life scale, the best-rated domains were intimacy (42.6%), past, present, and future activities (43.4%), and sensory functioning (41.2%). In contrast, the domains with the worst evaluations and classified as "regular" were: social participation (42.6%), autonomy (47.8%), and death and dying (29.4%). It was observed that 28.7% of individuals were classified as "apparently frail", followed by those "not frail" (27.9%). To analyze the relationship between quality of life and degree of frailty, the Spearman Correlation Coefficient was

calculated, yielding a value of -0.419, indicating a moderate negative relationship between the variables. The bilateral statistical significance (p-value) was 0.001, confirming the existence of a significant relationship between the studied variables. A significant association between quality of life and age, color/race and marital status of the elderly participants was identified. Regarding frailty, a significant association was identified where the elderly person lives and with the consumption of alcoholic beverages. **Conclusions:** the correlation analysis between quality of life and frailty demonstrated a relationship between them. This investigation contributes to understanding the interdependence between quality of life and frailty in hospitalized elderly individuals, highlighting the need for specific intervention strategies aimed at improving the health and well-being of this population.

**Keywords:** health of the elderly; quality of life; frailty; hospitalization; geriatric nursing.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Estimativa de vida ao nascer de 1950 a 2021 e projeções para 2022 a 2050 .....	26
Gráfico 2	- População total e variação populacional por grupos etários acima de 60 anos de idade .....	28

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Expectativa de vida da população mundial com 65 anos ou mais de idade – 1990, 2021 e 2050 .....	25
Tabela 2	- Proporção da população brasileira por grupos etários específicos – (1980-2022) .....	27
Tabela 3	- Variáveis sociodemográficas dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	40
Tabela 4	- Variáveis sociodemográficas dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino – Continuação (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	41
Tabela 5	- Estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas setor de internação, tempo de internação, motivo da internação dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	42
Tabela 6	- Variáveis sociodemográficas tratamento prévio para quais doenças, acompanhante, prática de atividade física, fumante e consumo regular de bebida alcoólica dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	43
Tabela 7	- Frequências absolutas e relativas dos domínios da escala WHOQOL-OLD em idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	44
Tabela 8	- Qualidade de Vida dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	45
Tabela 9	- Grau de Fragilidade de Edmonton (EFS) dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	45
Tabela 10	- Frequências absolutas e relativas do Grau de Fragilidade de Edmonton (EFS) por faceta dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	47

Tabela 11	- Matriz de correlação para o Teste de Spearman entre Grau de Qualidade de Vida e Grau de Fragilidade. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	49
Tabela 12	- Associação entre Qualidade de Vida de Idosos e variáveis sociodemográficas utilizando qui-quadrado, Exato de Fisher e V de Cramer (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	50
Tabela 13	- Correlação da Qualidade de Vida e Idade de idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	51
Tabela 14	- Teste de associação entre Grau de Fragilidade de Idosos e variáveis sociodemográficas utilizando qui-quadrado, Exato de Fisher e V de Cramer. (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024	53
Tabela 15	- Correlação do Grau de Fragilidade e variáveis sociodemográficas – idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024 .....	54

## LISTA DE SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DP	Desvio-padrão
EFS	<i>Edmonton Frail Scale</i>
ELSA	<i>English Longitudinal Study of Ageing</i>
GM	Gabinete da Ministra
HU	Hospital Universitário
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
QV	Qualidade de Vida
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIR	Unidade de Clínica Cirúrgica
UCM	Unidade de Clínica Médica
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life-100</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life-Bref</i>
WHOQOL-OLD	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults</i>



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
3.1	ENVELHECER COM QUALIDADE DE VIDA .....	20
3.2	SÍNDROME DA FRAGILIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA .....	22
<b>3.2.1</b>	<b>Processo de envelhecimento populacional no contexto mundial e no Brasil</b> .....	<b>23</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Políticas públicas no panorama do envelhecimento da população brasileira</b> .....	<b>29</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Impactos da hospitalização na pessoa idosa</b> .....	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>33</b>
4.1	DELINEAMENTO.....	33
4.2	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	34
4.3	ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS .....	36
4.4	ASPECTOS ÉTICOS .....	37
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
5.1	ESTATÍSTICA DESCRITIVA .....	39
<b>5.1.1</b>	<b>Perfil sociodemográfico dos participantes</b> .....	<b>39</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Qualidade de vida</b> .....	<b>43</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Grau de fragilidade</b> .....	<b>45</b>
5.2	ESTATÍSTICA ANALÍTICA .....	48
<b>5.2.1</b>	<b>Teste de Associação – Qualidade de Vida e Fragilidade</b> .....	<b>48</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Teste de associação do qui-quadrado, Exato de Fisher e V de Cramer – qualidade de vida dos idosos e fatores sociodemográficos</b> .....	<b>49</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Correlação dos dados relacionados ao grau de qualidade de vida com fatores sociodemográficos</b> .....	<b>50</b>

5.2.4	Teste de associação do qui-quadrado, Exato de Fisher e V de Cramer – fragilidade de idosos e fatores sociodemográficos .....	52
5.2.5	Correlação das associações entre fragilidade x com quem o idoso reside e consumo regular de bebida alcoólica .....	53
6	DISCUSSÃO .....	56
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	62
8	CONCLUSÃO .....	63
	REFERÊNCIAS .....	64
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados sóciodemográficos .....	73
	APÊNDICE B – TCLE .....	76
	ANEXO A – Instrumento para avaliação da qualidade de vida .....	79
	ANEXO B – Instrumento para avaliação da fragilidade .....	84
	ANEXO C – Parecer consubstanciado de aprovação .....	86

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de Qualidade de Vida (QV) relacionada à saúde vem ganhando maior fundamentação teórica e metodológica a partir de avanços nas pesquisas realizadas nas últimas décadas (Viana; Sampaio, 2019). Para a WHO (2020), QV é um conceito multidimensional que inclui dimensões de saúde física e psicológica, relacionamentos sociais e condições ambientais.

A fragilidade pode ser definida como um estado clínico dinâmico e multifatorial que é determinante para promover o desequilíbrio das reservas homeostáticas, além de reduzir a capacidade de resposta aos mínimos agravos, ocasionando declínios e, por conseguinte, situações indesejáveis ao organismo. Esse quadro, portanto, está associado a uma redução da qualidade de vida dos idosos afetados (Trevisan *et al.*, 2017).

Considerada uma síndrome geriátrica complexa, a fragilidade, além de exigir uma abordagem multidimensional, exige também um planejamento fundamentado em práticas de cuidados contínuos, integrados e dinâmicos. Nesse contexto, são necessárias intervenções com capacidade de prevenir implicações negativas, como o agravamento de doenças crônicas, perda funcional, quedas e suas consequências, além de institucionalização, hospitalização e até o óbito (Barbosa; Mansur; Colugnati, 2017).

Conforme estudo de Ricardo e Brito (2019), pessoas idosas hospitalizadas necessitam de atenção especializada dos profissionais de saúde, o que reforça a necessidade da elaboração de condutas pertinentes a essa população. É competência do enfermeiro planejar e executar planos de cuidados específicos para esse grupo, levando em consideração fatores como idade, alterações sensoriais e declínio cognitivo.

Apesar de os profissionais estarem capacitados para elaborar e executar um plano de cuidados pautado nas condições clínicas, como a fragilidade, essa avaliação não tem ocorrido de forma efetiva. Pessoas idosas com fragilidade moderada e severa não são classificadas como frágeis no serviço de saúde, o que traz prejuízos para o planejamento adequado de ações pertinentes a esses indivíduos (Queisi *et al.*, 2021).

Diante do exposto, emergem questões de suma importância para o avanço da pesquisa no âmbito da saúde do idoso, englobando um aprofundamento dos aspectos

que envolvem os fatores envolvidos na diminuição da qualidade de vida dessa população, bem como a identificação da relação entre a QV e a presença de fragilidade, visando à implementação de ações que promovam a melhoria da qualidade de vida e a redução dos casos de fragilidade.

Essas ações têm como intuito atuar na manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa por meio da aplicação de escalas validadas que avaliem os domínios que englobam QV e fragilidade, de modo a reduzir a perda dessa capacidade e o grau de dependência. Assim, busca-se evitar intercorrências e complicações advindas do processo de hospitalização, promovendo uma melhor QV.

Existe uma carência de estudos brasileiros que avaliem a QV e a fragilidade do idoso no âmbito hospitalar, além da falta de conhecimento dos profissionais acerca da importância na identificação dos indivíduos classificados como frágeis para o efetivo planejamento individualizado das intervenções necessárias à manutenção/melhoria da QV, bem como na redução de agravos, o que justifica a necessidade de incentivar o desenvolvimento de novas pesquisas que contribuam para a compreensão desse fenômeno.

Nessas circunstâncias, cabe frisar que a relevância para o desenvolvimento do presente estudo se justifica por tais demandas que envolvem eixos temáticos presentes na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa (Desenvolvimento de Tecnologias e Inovação em Saúde, Programas e Políticas de Saúde, Saúde do Idoso).

## 2 OBJETIVOS

Este capítulo apresenta os objetivos geral e específicos da pesquisa.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a qualidade de vida e a fragilidade dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico do idoso hospitalizado em uma instituição de ensino.
- Avaliar a qualidade de vida dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino.
- Identificar a presença de fragilidade entre os indivíduos hospitalizados em uma instituição de ensino.
- Investigar as relações entre a qualidade de vida e fragilidade de idosos com as variáveis sociodemográficas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar o presente estudo, o referencial teórico foi organizado em duas subseções principais, conforme segue: 3.1 Envelhecer com qualidade de vida e 3.2 Síndrome da Fragilidade e suas implicações na qualidade de vida; sendo esta subdivida em 3.2.1 Processo de envelhecimento populacional no contexto mundial e no Brasil; 3.2.2 Políticas públicas no panorama do envelhecimento da população brasileira; e 3.2.3 Impactos da hospitalização na pessoa idosa.

#### 3.1 ENVELHECER COM QUALIDADE DE VIDA

Devido à mudança no perfil demográfico da população brasileira e, conseqüentemente, na faixa etária dos indivíduos, é imperioso que ocorram avanços das tecnologias leve, dura e leve-dura na saúde. Paralelamente, é importante que se formulem políticas públicas com ênfase no estilo de vida saudável da população idosa, destacando o cuidado ampliado e fornecendo subsídios para um envelhecimento ativo e com qualidade de vida (Perissé; Marli, 2019).

As pessoas idosas apresentam uma série de doenças crônicas devido aos processos degenerativos envolvidos no envelhecimento humano, trazendo problemas de saúde ao longo desse período final da vida (Perissé; Marli, 2019). Tais patologias degenerativas acabam contribuindo para diminuição da QV, prejudicando a mobilidade e, como consequência, seu estado físico, funcional, emocional e sua autoestima. Cabe frisar que tais doenças são atribuídas a uma grande parcela do número de internações em pessoas idosas (Shepherd *et al.*, 2019).

Para a WHO (2015), o envelhecimento saudável pode ser compreendido como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, permitindo um aprimoramento das condições de saúde, participação e segurança, visando à qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento dos indivíduos. O principal objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todos os que estão em processo de envelhecimento, inclusive os indivíduos em situação de fragilidade, fisicamente incapacitados e que necessitam de cuidados individuais.

O conceito de QV é definido como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995, p. 405, tradução nossa). A QV é um termo multidimensional que abrange a saúde física e psicológica, as relações sociais e as condições ambientais (WHO, 2020).

Pesquisas nacionais e internacionais indicam que a QV está associada tanto a questões individuais quanto coletivas. Por esse motivo, avaliar a QV e as variáveis envolvidas nela durante a estadia hospitalar pode contribuir para o refinamento de ferramentas de gestão e planejamento do cuidado em saúde. Esse processo possibilita o papel de protagonismo da pessoa idosa frente aos planos de cuidado referentes ao seu estado de saúde, assegurando a assistência dos profissionais de saúde e reduzindo o impacto desses fatores na vida dessas pessoas (Souza *et al.*, 2018).

Uma QV elevada é um importante indicador de um envelhecimento bem-sucedido, além de ser um resultado fundamental para a prática da enfermagem. Por isso, é imperioso compreender as associações entre fatores sociodemográficos e QV (Xu *et al.*, 2022).

Embora o conceito de QV seja amplamente diversificado e associado ao modelo médico, ele tem sido largamente estudado ao longo dos últimos anos. Profissionais de saúde e pesquisadores na área da geriatria têm demonstrado interesse no desenvolvimento de pesquisas acerca da QV e longevidade. A avaliação da QV entre pessoas idosas frágeis constitui um importante tema de interesse entre pesquisadores (Nunes *et al.*, 2017).

A partir do exposto, emergem novas necessidades de cuidados com o objetivo de garantir uma QV digna para uma população que está envelhecendo. Essas necessidades devem ser sanadas tanto pelo poder público quanto pelos familiares/rede de apoio (Ponce de León; Mangin; Ballesteros, 2020).

### 3.2 SÍNDROME DA FRAGILIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA

Para Hoogendijk *et al.* (2019), a fragilidade é conceituada como uma condição clínica multidimensional diretamente relacionada ao processo de envelhecimento, caracterizada pela redução das reservas funcionais dos sistemas corporais. Essa condição aumenta a vulnerabilidade, podendo evoluir para desfechos desfavoráveis quando há exposição a fatores de estresse interno, ambiental e relacionados com o estilo de vida adotado.

Quanto mais avançada a idade, maior é a prevalência da fragilidade. Além disso, fatores como o sexo do indivíduo e os métodos de avaliação também influenciam a ocorrência da síndrome (O’Caoimh *et al.*, 2021). Por outro lado, fatores como o sexo masculino, anos de estudo, suporte social, participação em atividades culturais e prática de atividade física podem apresentar efeitos de proteção (Welstead *et al.*, 2021).

Segundo Melo *et al.* (2020), estima-se que a prevalência da fragilidade entre a população idosa no Brasil é de 24%, podendo oscilar dependendo do local do estudo e do instrumento utilizado para a avaliação. Além disso, 53% das pessoas idosas no Brasil apresentam pré-fragilidade, o que torna primordial a adoção de medidas de prevenção e promoção da saúde, já que essa condição acarreta maior risco no desenvolvimento da fragilidade (Kojima *et al.*, 2019).

Idosos frágeis e pré-frágeis têm apresentado menor QV quando comparados aos não frágeis nas dimensões que abarcam funcionamento físico, atividades sociais, saúde mental, vitalidade, aumento de dores pelo corpo e limitações funcionais (Li, Hsieh e Miao, 2020). Um estudo recente realizado por Peñuelas *et al.* (2024) apresentou uma abordagem inovadora na avaliação da fragilidade, ao avaliá-la não somente como um fator de risco, mas também como um desfecho durante a hospitalização.

A fragilidade tem sido estudada e definida como um fator de risco para resultados negativos, com diversos estudos indicando que a presença de fragilidade está associada a um pior prognóstico de vida e de funcionalidade do paciente após a alta (Jung *et al.*, 2021). As características fenotípicas da fragilidade incluem perda de



peso, redução da massa muscular, exaustão, locomoção lenta e baixa atividade física (Fried *et al.*, 2001).

A sarcopenia está fortemente associada à fragilidade, sendo caracterizada por uma baixa força muscular, pouca massa muscular e qualidade muscular reduzida, além de uma redução da performance física (Cruz-Jentoft *et al.*, 2019). As opções de tratamento tanto da fragilidade física quanto da sarcopenia incluem um aumento na ingestão de proteínas, suplementação de vitamina D e a prática de atividade física (Steffl *et al.*, 2017).

Embora a fragilidade e a sarcopenia sejam distintas – a fragilidade sendo uma síndrome geriátrica e a sarcopenia uma patologia –, a sarcopenia pode contribuir para o desenvolvimento da fragilidade física. A síndrome da fragilidade, por sua vez, abrange um conceito mais amplo, que inclui o declínio de diversos sistemas fisiológicos ao longo da vida. Os instrumentos para identificar a fragilidade avaliam múltiplas dimensões, incluindo aspectos físicos, cognitivos e sociais (Roppolo *et al.*, 2015). Apesar do alto impacto e das implicações que o reconhecimento de idosos frágeis pode ter nos âmbitos individual e social, é necessário alcançar um consenso sobre a definição, conceituação e operacionalização da fragilidade (Ensrud *et al.*, 2009).

Existe uma variedade de instrumentos para a mensuração da fragilidade, podendo ser divididos em dois tipos distintos. De um lado, estudiosos identificaram a fragilidade como um construto unidimensional relacionado ao domínio “físico”, que avalia o funcionamento e o estado biológico/fisiológico (Carrière *et al.*, 2005). Por outro lado, uma definição multidimensional da fragilidade tem ganhado crescente aceitação, pautando-se na avaliação das inter-relações e interações complexas dos domínios físico, psicológico e social do indivíduo. Em decorrência do elevado número de instrumentos devido aos diferentes construtos utilizados, não existe uma mensuração padrão para aplicação nos diversos cenários apresentados, nem a adoção de estratégias específicas relacionadas ao grau de fragilidade (Roppolo, 2015).

### **3.2.1 Processo de envelhecimento populacional no contexto mundial e no Brasil**

Em decorrência da transição demográfica ocorrida nas últimas décadas e do aumento exponencial da quantidade de idosos, a ciência tem investido em atividades

de pesquisa clínica, desenvolvimento de tecnologias e inovações relacionadas ao envelhecimento humano (Oliveira, 2019).

Segundo Oliveira (2019), a transição demográfica tem como característica a modificação de um cenário de baixo crescimento populacional, resultante de altos índices de natalidade e mortalidade, para uma fase sinalizada pelo reduzido crescimento, estabilização ou crescimento negativo, no qual natalidade e mortalidade apresentam baixos índices. Como consequência dessa mudança nos padrões da população, com a redução das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida, tem-se observado, mundialmente, um crescimento expressivo no número de pessoas idosas (Risal *et al.*, 2020).

Conforme definição de Cooper e Van Raamsdonk (2018), o envelhecimento é um processo multifatorial, determinado por fatores genéticos e ambientais. Porém, ainda há limitações na identificação e caracterização dos fatores que regem esse processo, especialmente no que se refere aos marcadores genéticos específicos de cada indivíduo. Embora existam diversas teorias envolvendo o processo de envelhecimento, persistem dúvidas e incertezas quanto aos agentes responsáveis pelo comando da vida do homem.

De acordo com Rijckevorsel-Scheele *et al.* (2019), as projeções epidemiológicas indicam que a população mundial com 60 anos ou mais deve crescer de 901 milhões em 2015 para 2,1 bilhões em 2050, e para 3,2 bilhões em 2100. Nessa conjuntura, a quantidade de idosos com 80 anos ou mais deve aumentar de 125 milhões em 2015 para 434 milhões em 2050 e 944 milhões em 2100.

Segundo o relatório *World Population Prospects 2022*, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) pela primeira vez em 2018, o número de pessoas com 65 anos ou mais superou o número de crianças com menos de 5 anos de idade. Em 2022, aproximadamente 10% da população possuía 65 anos ou mais. Estima-se que o número de idosos no mundo chegue a quase 12% em 2030 e a 16% em 2050 (UN, 2022).

A seguir, a Tabela 1 apresenta dados relativos à expectativa de vida de pessoas com 65 anos ou mais em nível global.

Tabela 1 – Expectativa de vida da população mundial com 65 anos ou mais de idade – 1990, 2021 e 2050

Região	1990			2021			2050		
	Homens	Mulheres	Ambos os sexos	Homens	Mulheres	Ambos os sexos	Homens	Mulheres	Ambos os sexos
<b>Mundo</b>	<b>61.5</b>	<b>66.5</b>	<b>64.0</b>	<b>68.4</b>	<b>73.8</b>	<b>71.0</b>	<b>74.8</b>	<b>79.8</b>	<b>77.2</b>
África Subsaariana	47.3	51.2	49.2	57.8	61.6	59.7	64.3	69.1	66.7
Norte da África e Ásia Ocidental	61.7	67.0	64.3	69.7	74.8	72.1	76.0	80.8	78.3
Ásia Central e Meridional	58.1	59.9	58.9	65.9	69.6	67.7	74.9	79.4	77.1
Ásia Oriental e Sudeste Asiático	65.6	70.7	68.1	73.6	79.6	76.5	79.4	84.1	81.7
América Latina e Caribe	64.6	70.9	67.7	68.8	75.8	72.2	78.1	83.1	80.6
Austrália/Nova Zelândia	73.7	79.8	76.8	82.7	85.6	84.2	85.4	89.6	87.0
Oceania*	60.3	65.5	62.5	64.6	70.1	67.1	68.4	74.9	71.6
Europa e América do Norte	69.7	77.4	73.6	73.9	80.4	77.2	81.6	86.1	83.8
Países menos desenvolvidos	48.7	51.6	50.1	61.7	66.5	64.1	67.8	73.5	70.6
Países em desenvolvimento sem litoral	49.0	53.5	51.2	61.0	66.5	63.7	67.4	73.4	70.3
Pequenos Estados insulares em desenvolvimento	63.4	67.9	65.6	68.0	73.9	70.8	74.1	80.0	77.0

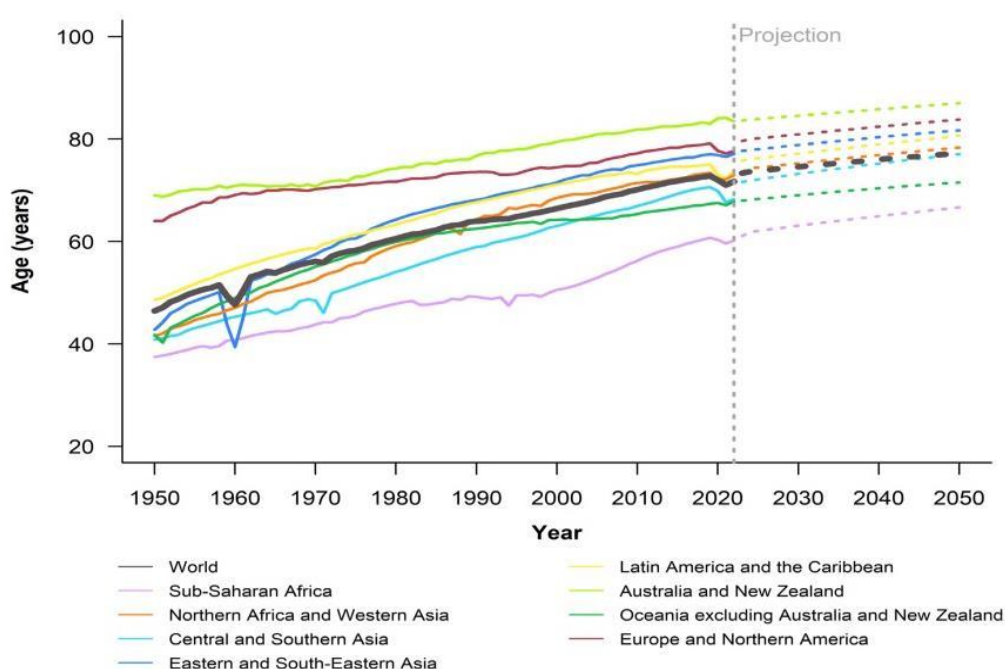
Fonte: UN (2022).

Nota: \*Excluindo Austrália e Nova Zelândia.

Em 2019, a expectativa de vida ao nascer era de 72,8 anos, representando um aumento de quase 9 anos em relação a 1990. Com a estimada redução na taxa de mortalidade, a longevidade média global deve alcançar cerca de 77,2 anos em 2050 (UN, 2022).

As estimativas e projeções de expectativa de vida ao nascer são apresentadas no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Estimativa de vida ao nascer de 1950 a 2021 e projeções para 2022 a 2050



Fonte: UN (2022).

De acordo com a UN (2022), em nível global, as mulheres vivem, em média, mais do que os homens. A alta mortalidade masculina tem sido associada a fatores comportamentais e diferenças genéticas. No ano de 2021, a expectativa de vida ao nascer da mulher superou a do homem em 5,4 anos, com expectativas femininas e masculinas de 73,8 e 68,4 anos, respectivamente.

O processo de envelhecimento populacional e de desenvolvimento econômico tem sido vivenciado de forma progressiva pelos países desenvolvidos, especialmente na Europa e na América do Norte. Atualmente, essa realidade também tem ocorrido em países em desenvolvimento, mas sem refletir uma melhoria econômica e na

qualidade de vida da população. No Brasil, por exemplo, o rápido processo de envelhecimento populacional ocorre concomitantemente ao vagaroso desenvolvimento econômico e a uma melhoria limitada da qualidade de vida de seus habitantes (WHO, 2019).

No Brasil, esse processo ocorreu de maneira gradual e repentina desde o final da década de 1960. Em 1980, 6,1% da população brasileira apresentava idade igual ou superior a 60 anos. Dados de 2022 demonstraram que esse grupo etário representa 15,8% da população total, com crescimento de 46,6% em comparação ao Censo Demográfico de 2010, quando era equivalente a 10,8% da população. Na outra extremidade da pirâmide etária, o percentual de crianças até os 14 anos de idade, que era de 38,2% em 1980, passou para 19,8% em 2022 (IBGE, 2023).

A Tabela 2 apresenta dados etários em diferentes períodos.

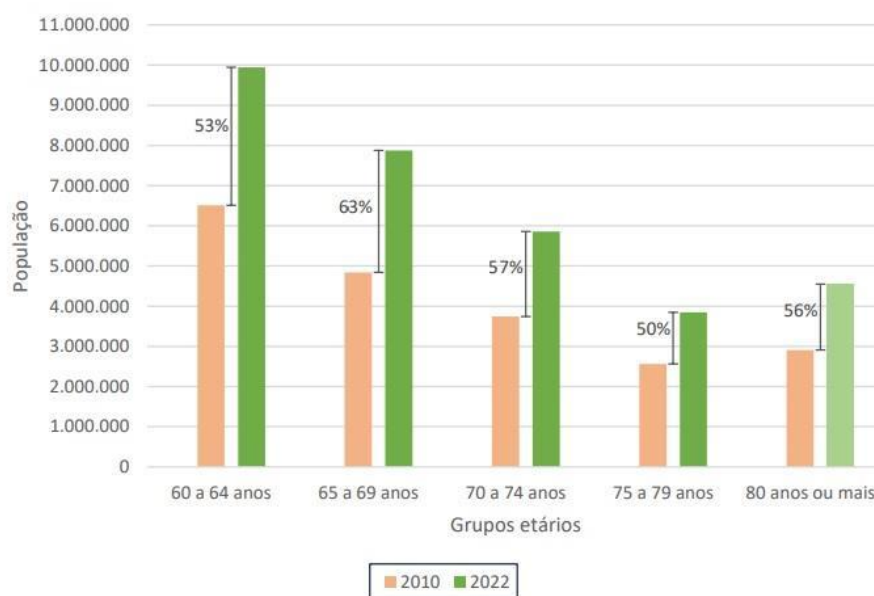
Tabela 2 – Proporção da população brasileira por grupos etários específicos –  
(1980-2022)

<b>Ano</b>	<b>População de 0 a 14 anos (%)</b>	<b>População de 15 a 59 anos (%)</b>	<b>População de 60 anos ou mais de idade (%)</b>
1980	38,2	55,6	6,1
1991	34,7	58,0	7,3
2000	29,6	61,9	8,6
2010	24,1	65,1	10,8
2022	19,8	64,4	15,8

Fonte: IBGE (2023).

No Gráfico 2, evidencia-se o crescimento populacional brasileiro dos diferentes grupos etários a partir dos 60 anos, sinalizando que o grupo mais populoso é o de pessoas entre 60 e 64 anos, enquanto o de maior crescimento relativo foi o de 65 a 69 anos (IBGE, 2023).

Gráfico 2 – População total e variação populacional por grupos etários acima de 60 anos de idade



Fonte: IBGE (2023).

Com o processo de envelhecimento populacional, cresce a longevidade e, com ela, a necessidade de um plano de cuidados adequado. Dessa maneira, governo e sociedade devem revisar minuciosamente as estratégias adotadas para enfrentar os desafios relacionados à população envelhecida, principalmente no que tange às ações de promoção à saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2019).

Para esse propósito, foi elaborado um plano detalhado para a Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030), fundamentado em 10 anos de coadjuvação combinada, catalítica e sustentada. Esse plano coloca as pessoas idosas no centro, mobilizando diferentes esferas de governo, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, academia, mídia e setor privado, com o objetivo de melhorar a vida das pessoas idosas, bem como de seus familiares e de suas comunidades (OPAS, 2020).

Esse é o segundo plano de ação da Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o envelhecimento e saúde da OMS, desenvolvido com embasamento no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, resultante da

II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada em Madri, promovida pela ONU, e em consonância com o cronograma da Agenda 2023 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (OPAS, 2020).

### **3.2.2 Políticas públicas no panorama do envelhecimento da população brasileira**

Diante das necessidades relacionadas às políticas públicas, o Brasil buscou atender às demandas da sua população, que está em um processo de envelhecimento. Nesse contexto, foi promulgada, em 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada em 1996 pela Lei nº 8.842/1994 e pelo Decreto nº 1.948/1996. Essa política assegurou os direitos sociais da pessoa idosa, propiciando condições que promovam sua autonomia, integração e participação ativa na sociedade e ratificando o direito à saúde em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006).

A demanda por atendimento específico às necessidades da pessoa idosa foi oficializada com a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 1.395/1999. Tal política expõe que o problema mais significativo na vida da pessoa idosa é a perda de sua capacidade funcional (Brasil, 2006).

No Brasil, o Estatuto da Pessoa Idosa, promulgado em 2003, representa um significativo marco legal, que possui o intuito de garantir os direitos e a dignidade das pessoas idosas, reconhecendo o seu importante papel na sociedade. Segundo o Estatuto do Idoso, é considerada pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 60 anos. O texto da norma estabelece direitos específicos para essa população, priorizando sua proteção e atendimento (Brasil, 2006).

A Portaria nº 399/Gabinete da Ministra (GM) do MS, publicada em fevereiro de 2006, trouxe um avanço significativo para a saúde da pessoa idosa por meio do Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso é uma das seis prioridades pactuadas pelo governo (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar, instituída pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, assegura aos idosos internados o direito a acompanhante 24 horas por dia. Além disso, estabelece que as unidades de

saúde disponham de estrutura assistencial adequada para tratamentos médicos, terapêuticos, fisioterápicos e de reabilitação, bem como de uma planta física equipada com todos os aparelhos necessários para garantir a execução dos planos terapêuticos propostos (Brasil, 2017).

O processo de envelhecimento da população é permeado por desafios consideráveis para a saúde pública, uma vez que exige adequações tanto estruturais, que têm o propósito de garantir os serviços apropriados à pessoa idosa, como educacionais, dada a escassez de profissionais devidamente qualificados para atuar frente às demandas dessa população (Santos *et al.*, 2018).

Na percepção de Placideli e Bocchi (2021), com o rápido processo de envelhecimento da população idosa no Brasil, há uma necessidade imediata de elaboração de modelos de atenção integral que possam contribuir e até mesmo resolver problemas de maior relevância que afetam as questões sociais e de saúde.

Todavia, para atender de forma apropriada às demandas da pessoa idosa, considerando a magnitude e gravidade de seus déficits funcionais, é imprescindível a formulação de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as necessidades apresentadas (Rocha Filho; Francischetto, 2022).

A adoção dos modelos de atenção integral pode promover efetivamente o envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas na população brasileira. Isso já ocorre em países desenvolvidos, que apresentam uma intervenção de longo prazo na assistência de seus idosos, apresentando efeitos positivos e que servem de subsídio para as ações de saúde no Brasil (Placideli; Bocchi, 2021).

Nesse sentido, pode-se afirmar que as políticas públicas direcionadas à população idosa têm como objetivo central intervir em esferas que visem à recuperação, manutenção, promoção da autonomia e independência dessa população. Tais políticas visam proporcionar uma atenção à saúde condizente com as necessidades desses indivíduos, especialmente para aqueles que tiveram, por inúmeras circunstâncias, um processo de envelhecer permeado por doenças e agravos que trazem prejuízos ao seu bem-estar (Brasil, 2006).

### **3.2.3 Impactos da hospitalização na pessoa idosa**



A sociedade compreende que o período de internação é um momento crucial para a recuperação da saúde. Entretanto, por estar atrelado ao contexto de doença, é visto como algo ruim, podendo gerar potencialização de determinadas condições físicas, especialmente na pessoa idosa (Pereira *et al.*, 2020).

Segundo Thiengo *et al.* (2019), a hospitalização é fator estressor para a pessoa idosa, podendo culminar na redução de sua capacidade funcional e no distanciamento dos familiares, amigos e colegas. Para Okuno *et al.* (2022), a internação, por mais que seja necessária, pode ser uma experiência traumática, pois envolve o processo de adaptação a uma rotina diferente do habitual e exposição a procedimentos muitas vezes invasivos, interferindo na sua qualidade de vida.

O processo de envelhecimento traz forte impacto na saúde das pessoas idosas, uma vez que a inserção no espaço hospitalar, por si só, pode aumentar a predisposição a agravamentos na saúde desses indivíduos. Durante a hospitalização, esses indivíduos tornam-se mais vulneráveis a eventos adversos, o que gera incidentes ao longo da assistência prestada. Dado que o enfermeiro desempenha um papel central nos cuidados e na segurança do paciente, o gerenciamento de riscos deve ser um foco primordial em sua atuação (Jesus; Medeiros; Silva, 2019).

Sabe-se que pessoas idosas hospitalizadas requerem atenção específica dos profissionais de saúde, para que sejam traçadas condutas eficazes frente aos problemas de saúde apresentados, reorientando a atenção de saúde, levando em consideração a QV no âmbito hospitalar. Compete ao enfermeiro qualificar o tempo de internação, bem como as práticas de saúde direcionadas ao idoso, levando em conta as suas particularidades (Alves *et al.*, 2023).

Conforme exposto por Ripardo e Brito (2019), o risco de danos em ambiente hospitalar está diretamente relacionado ao tempo de internação: quanto mais prolongada a estadia, maiores são as chances de iatrogenias. Nesse contexto, o enfermeiro, que desempenha papel integral nos cuidados, precisa contar com um redimensionamento da equipe envolvida na assistência a fim de reduzir a sobrecarga de trabalho, que pode comprometer a qualidade da assistência prestada.

Gaspar *et al.* (2019) ressaltam a importância da interação do profissional e da família da pessoa idosa internada, pois cada paciente possui necessidades individuais. A comunicação efetiva e o compartilhamento de informações sobre a condição de saúde com os familiares incentivam o envolvimento do núcleo familiar

nos cuidados prestados ao paciente. No entanto, para que essa prática seja otimizada, deve haver investimento em treinamentos direcionados para que os enfermeiros compreendam a comunicação como etapa da prestação do atendimento em saúde.

Além disso, o profissional de saúde também deve incentivar a participação ativa da pessoa idosa nas discussões e condutas a serem traçadas no seu plano terapêutico, permitindo que o indivíduo exerça sua autonomia (Gomes *et al.*, 2021).

O enfermeiro desempenha um fundamental no cuidado oferecido aos idosos pré-frágeis e frágeis. Por meio de um monitoramento ininterrupto dos pacientes em conjunto com o sistema de triagem, é possível realizar a identificação dos casos e elaborar ferramentas que potencializem os resultados obtidos, adiem o avanço da fragilidade e contribuam com intervenções discutidas a partir do ponto de vista do paciente e dos familiares (Horner, 2022).

Decerto, a enfermagem é imprescindível na identificação das necessidades individuais de cada paciente, almejando sempre colaborar para um cuidado direto e contínuo. A partir de intervenções eficientes, é possível fornecer tecnologias que promovam a assistência com intuito de prevenir agravos ocasionados pela fragilidade e melhorar a qualidade de vida do idoso frágil (Campos *et al.*, 2022).

Como protagonista na arte do cuidar, o profissional de enfermagem promove, a partir da assistência prestada, ações de promoção, intervenção, recuperação e reabilitação, com o objetivo de fornecer qualidade de vida a cada idoso conforme suas particularidades (Alves *et al.*, 2023).

## 4 MÉTODO

Este capítulo traz o método utilizado para a coleta e análise dos dados. Para tanto, subdivide-se em quatro subseções, apresentadas a seguir.

### 4.1 DELINEAMENTO

A presente pesquisa consiste em um estudo epidemiológico, do tipo transversal, realizado com idosos hospitalizados na Unidade de Clínica Médica (UCM) e na Unidade de Clínica Cirúrgica (UCIR) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), no período de abril a junho de 2024. O HU-UFJF é uma instituição certificada como Hospital de Ensino, que oferece serviços assistenciais de alta e média complexidade. Atualmente, o hospital dispõe de 50 leitos de internação cirúrgica e 59 de internação clínica.

Para a seleção da amostra, utilizou-se a amostragem probabilística por meio de uma amostra aleatória simples. Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerado o número proporcional de internação de pessoas idosas nas unidades hospitalares participantes no período de janeiro a março de 2024, que antecedeu a pesquisa. Considerando o grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%, utilizou-se a fórmula de cálculo para tamanho amostral, resultando em um N de 136 idosos:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot N - 1}$$

Onde: n: amostra calculada, N: população, Z: variável normal, p: real probabilidade do evento, e: erro amostral.

Os critérios de inclusão foram: homens e mulheres com idade igual ou superior a 60 anos que se encontravam internados há pelo menos 24 horas nos setores selecionados e que concordaram em participar do estudo mediante o repasse de informações acerca da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: pacientes em cuidados paliativos

que estavam internados há menos de 24 horas, aqueles incapazes de responder à pesquisa devido à confusão, desorientação, agitação ou demência, e indivíduos que não consentiram em participar do estudo.

Para assegurar a consistência da coleta de dados, foi gerada uma lista diária de pacientes internados nas respectivas unidades clínicas e cirúrgicas, sendo realizada a análise de prontuário para obter ciência da capacidade do candidato em compreender e responder aos questionários, para posteriormente selecionar as pessoas com 60 anos ou mais de idade e que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão.

A partir da seleção, os candidatos foram abordados pela pesquisadora, sendo informados sobre a proposta e convidados a fazer parte da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar foram entrevistados individualmente. A entrevista ocorreu em uma única etapa e teve duração média de 30 minutos.

#### 4.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi aplicado um questionário, desenvolvido pela pesquisadora, para avaliar o perfil sociodemográfico dos participantes. O questionário incluiu as seguintes variáveis: identificação, idade, setor de internação, tempo de internação, motivo da internação, para quais doenças realiza tratamento, presença de acompanhante, gênero, cor/raça, estado civil, escolaridade, ocupação, profissão, renda familiar mensal, com quem reside, religião, prática de atividade física, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário específico para a população idosa, nomeado de *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (WHOQOL-OLD), adaptado para o Brasil. O questionário genérico WHOQOL-OLD, desenvolvido pelo grupo de estudos *The World Health Organization Quality of Life* da OMS, representa uma ferramenta adicional e alternativa aos questionários de qualidade de vida *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100) ou *World Health Organization Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF), que foram originalmente desenhados para populações não idosas. Esse questionário contém 24 facetas, com respostas por escala tipo Likert (escala de resposta psicométrica) variando de 1 a 5, divididas em seis domínios.

Os domínios são identificados por: funcionamento dos sentidos, que avalia a funcionalidade do sensório e o impacto gerado pela redução das habilidades sensoriais nas atividades de vida diária e da aptidão na relação com outros indivíduos; autonomia, que se relaciona com a independência do idoso, expondo até que ponto o indivíduo possui capacidade de viver com autonomia e tomar suas próprias decisões; morte e morrer, que se relacionam ao medo, preocupações, inquietações e expectativas do processo da morte e do morrer; atividades passadas, presentes e futuras, que abordam a satisfação do que foi conquistado ao longo da vida e as expectativas de projetos futuros; participação social, que especifica a participação em atividades cotidianas, sobretudo na comunidade na qual está inserido; e intimidade, que avalia a capacidade de manter relações pessoais e íntimas (Alencar *et al.*, 2010).

Cada um dos domínios é composto por quatro facetas, gerando, então, escores que variam de 4 (valor mínimo da escala é 1) a 20 (valor máximo da escala é 5) pontos. Os escores dos seis domínios, combinados com as respostas das 24 facetas, geram, também, um escore total máximo de 120 pontos (6 domínios multiplicado por 20 pontos). De acordo com Chachamovick *et al.* (2008), também é possível calcular a média geral da qualidade de vida dos integrantes do estudo e por faceta, somando-se as pontuações totais de cada faceta e dividindo pelo número de facetas de cada domínio, bem como a média geral, obtida pela soma da pontuação de todas as facetas e dividindo por 24. Dessa forma, os domínios e a qualidade de vida geral médios em pessoas idosas são classificados em: (1) necessita melhorar (média de 1 a 2,9 pontos); (2) regular (média de 3 a 3,9 pontos); (3) boa (média de 4 a 4,9 pontos); e (4) muito boa (média igual a 5 pontos).

A fragilidade da pessoa idosa foi mensurada por meio de um instrumento elaborado por Rolfson *et al.* (2006), na Universidade de Alberta, Edmonton, Canadá, denominado *Edmonton Frail Scale* (EFS), de caráter multidimensional validado e adaptado culturalmente para o português do Brasil. A EFS avalia nove domínios: Cognição (0-2 pontos); Estado Geral de Saúde (0-4 pontos); Independência Funcional (0-2 pontos); Suporte Social (0-2 pontos); Uso de Medicamentos (0-2 pontos); Nutrição (0-1 ponto); Humor (0-1 ponto); Continência (0-1 ponto); e Desempenho Funcional (0-2 pontos), investigados em 11 facetas. As facetas são do tipo de resposta em que o valor mínimo (1 ponto) tem peso 0, o ponto médio da escala (1) tem peso 1 e o ponto máximo (3) tem peso 2.

A pontuação máxima da EFS é de 17 pontos e representa o nível mais elevado de fragilidade. Após realizado o somatório de todas as facetas, os indivíduos são classificados pela seguinte escala: não apresenta fragilidade (0-4 pontos); aparentemente frágil (5-6 pontos); fragilidade leve (7-8 pontos); fragilidade moderada (9-10 pontos); e fragilidade severa (11 ou mais pontos). Dessa forma, quanto maior a pontuação da EFS, maior o nível de fragilidade do entrevistado. Neste estudo, calculou-se como medida de validade de critério para um item específico a sensibilidade e a especificidade do teste do relógio (dimensão cognitiva) da EFS (Fabrício-Wehbe *et al.*, 2009).

Dois entrevistadores devidamente treinados conduziram as entrevistas individuais com os participantes selecionados, utilizando linguagem clara e objetiva para facilitar a compreensão das informações obtidas. Todos os idosos encontravam-se internados no momento da entrevista nos setores descritos anteriormente.

A coleta de dados foi realizada nas enfermarias, à beira leito, devido à falta de local privativo disponível para essa finalidade. Foi solicitado que o acompanhante aguardasse do lado de fora da enfermaria até o término da coleta, para que o idoso se sentisse mais confortável. O processo de coleta de dados foi realizado em uma única ocasião e durou em média 30 minutos.

#### 4.3 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Excel 2013 por dois entrevistadores, utilizando o método de dupla entrada. As divergências foram analisadas e corrigidas por meio de conferência com o questionário original, devidamente preenchido, para garantir a precisão das informações.

A estatística descritiva dos casos foi realizada com o objetivo de compreender e resumir as variáveis sociodemográficas do estudo. Os resultados foram expressos em termos de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis numéricas, e de distribuições de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas.

A análise de correlação entre a qualidade de vida e o grau de fragilidade considerou as pontuações gerais obtidas nos instrumentos WHOQOL-OLD (QV em pessoas idosas) e EFS (Grau de Fragilidade) dos participantes. A determinação da

relação entre tais variáveis ocorreu pelo Teste de Correlação de Spearman, teste não paramétrico recomendado para variáveis ordinais ou quantitativas sem normalidade.

Para investigar as relações entre a qualidade de vida e o grau de fragilidade de idosos em relação aos fatores sociodemográficos do estudo, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson para avaliar a independência entre as variáveis consideradas. De forma alternativa ao teste qui-quadrado, quando este não era o mais adequado, foi utilizado o teste Exato de Fisher. De forma complementar, os coeficientes Phi e V de Cramer foram calculados para avaliar o tamanho do efeito das associações encontradas.

Todas as facetas dos instrumentos WHOQOL-OLD e EFS apresentam respostas de escala tipo Likert, variando de 1 (valor mínimo) a 5 (valor máximo). Existem dois tipos de escala de respostas: intensidade (que varia de “nada” a “extremamente”) e satisfação (que vai de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”). Embora as facetas sejam do tipo Likert e numeradas, elas ainda representam valores ordinais, não intervalares ou de razão. A média foi utilizada no presente estudo como medida central complementar às medidas principais, moda e mediana, para proporcionar uma compreensão correta da distribuição dos dados.

As análises estatísticas foram realizadas com um nível de significância de  $\alpha=5\%$ , de modo, que para p-valores  $\geq 5\%$ , não se deve rejeitar a hipótese nula. As análises foram realizadas por meio dos softwares Microsoft Excel 2013, SPSS versão 29.0, GNU PSPP 2.01 e GNU Jamovi.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP HU-UFJF), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 66708523.1.0000.5133 e parecer nº 5.907.208 (ANEXO C).

A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do CEP HU-UFJF e posterior assinatura do TCLE pelos participantes do estudo, que foi aplicado em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra arquivada pelo pesquisador

responsável. Neste momento, foram informados os objetivos pretendidos com a pesquisa, assim como os riscos dela.

O anonimato e o sigilo das informações coletadas foram garantidos a todos os participantes, que também foram esclarecidos sobre o direito de não participar da pesquisa ou de interrompê-la a qualquer tempo, sem acarretar qualquer prejuízo ao participante. Os riscos e benefícios da participação voluntária também foram devidamente informados.

Os riscos associados ao estudo podem ser considerados mínimos, uma vez que os métodos e as técnicas utilizadas não envolveram intervenções, sendo utilizadas apenas técnicas comunicacionais durante a coleta de dados estruturada. As informações adquiridas ao longo do estudo foram acondicionadas e armazenadas de maneira adequada, permitindo a privacidade dos dados, com a não identificação dos participantes.



## 5 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados obtidos a partir das análises estatísticas realizadas, divididas em estatística descritiva e estatística analítica. Na seção de estatística descritiva, são abordados o perfil sociodemográfico dos participantes, os aspectos relacionados à qualidade de vida e o grau de fragilidade identificado. Já a seção de estatística analítica traz testes de associação entre variáveis, como qualidade de vida e fragilidade, considerando fatores sociodemográficos.

### 5.1 ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Nesta seção, é apresentada a estatística descritiva do conjunto de dados, a fim de fornecer uma visão geral dos participantes do estudo, sem considerar o efeito das variáveis nos desfechos de QV. As tabelas utilizadas mostram a frequência absoluta, a frequência relativa e, quando pertinente, as medidas de tendência central: média, moda e mediana.

#### 5.1.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

O tamanho da amostra foi inicialmente determinado em 175 participantes. Contudo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, ocorreram 39 perdas, justificadas por: altas (9), recusa (12) e impossibilidade de localização devido à realização de cirurgia/exame no momento da coleta (18). Não houve previsão para reposição de perdas, resultando em 136 participantes finais.

A Tabela 3 apresenta a estatística descritiva dos participantes, abrangendo gênero, faixa etária, cor ou raça, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, tipo de moradia, com quem reside e religião. A maioria dos participantes são homens (54,4%) e estão na faixa etária de 60 a 70 anos (60,3%). Em relação à cor ou raça do entrevistado, a maior parte se declarou branca (40,4%), seguido por pretos (30,9%) e pardos (28,7%). Sobre o estado civil, a grande maioria, 56,6%, se declarou casada. A maioria dos participantes tem, no máximo, 8 anos de estudo (74,3%) e é constituída predominantemente por aposentados (74,3%).

Tabela 3 – Variáveis sociodemográficas dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

<b>Variável</b>		<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa %</b>
<b>Gênero</b>	Feminino	62	45,6
	Masculino	74	54,4
<b>Faixa etária</b>	de 60 a 70 anos	82	60,3
	de 71 a 80 anos	49	36
	mais de 80 anos	5	3,7
	Média (Desvio Padrão)	69,2 (6,1)	
	<b>Max.</b>	<b>89</b>	
	<b>Min.</b>	<b>60</b>	
<b>Cor ou Raça</b>	Branca	55	40,4
	Preta	42	30,9
	Parda	39	28,7
<b>Estado civil</b>	Casado(a)	77	56,6
	Solteiro(a)	16	11,8
	União estável	1	0,7
	Viúvo(a)	25	18,4
	Divorciado(a)	17	12,5
	Analfabeto	7	5,1
<b>Escolaridade</b>	1 a 8 anos de estudo	101	74,3
	9 a 12 anos de estudo	20	14,7
	Acima de 12 anos de estudo	8	5,9
<b>Ocupação</b>	Aposentado	101	74,3
	Aposentado com ocupação	3	2,2
	Pensionista	14	10,3
	Desempregado	11	8,1
	Empregado	6	4,4
	Omisso	1	0,7
<b>Renda familiar</b>	Menos que 1 salário-mínimo	4	2,9
	De 1 a 3 salários-mínimos	115	84,7
	De 4 a 5 salários-mínimos	14	10,3
	Acima de 5 salários-mínimos	3	2,2

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A Tabela 4 apresenta dados sociodemográficos sobre idosos hospitalizados em uma instituição de ensino em Juiz de Fora, MG, no ano de 2024, destacando variáveis como tipo de moradia, arranjo de convivência e religião. Observa-se que a maioria

dos idosos possui moradia própria (73,5%), enquanto 26,5% residem em imóveis alugados. Em relação à companhia no domicílio, quase um terço vive com um companheiro (28,7%) ou com companheiro e filhos/netos (27,2%), e uma parcela menor reside sozinha (17,6%). Quanto à religião, a predominância é católica (75%), seguida por evangélica (16,2%), com baixas proporções de espíritas e outras crenças, e apenas 2,9% declararam-se sem religião.

Tabela 4 – Variáveis sociodemográficas dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136).  
Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

Variável		Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
<b>Tipo de moradia</b>	Própria	100	73,5
	Alugada	36	26,5
<b>Com quem reside</b>	Companheiro	39	28,7
	Companheiro e filho/neto	37	27,2
	Companheiro e outros	3	2,2
	Companheiro, filho/neto e outros	3	2,2
	Filho/neto	19	14
	Filho/neto e outros	1	0,7
	Outros	10	7,4
	Sozinho	24	17,6
<b>Religião</b>	Católica	102	75
	Evangélica	23	16,9
	Espírita	4	2,9
	Sem religião	3	2,2
	Outra	4	2,9

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A Tabela 5 apresenta um resumo descritivo dos participantes quanto ao setor de internação, tempo de internação, motivo da internação, tratamento para quais doenças, se tem acompanhante, se pratica atividade física, se é fumante e se consome bebida alcoólica regularmente. O setor de internação mais comum entre os entrevistados foi a UCIR (52,9%), seguido pela UCM (47,1%). A grande maioria estava internada, no máximo, há 3 dias (35,3%). Os motivos mais prevalentes para a internação foram doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas (19,1%), seguidas

por doenças relacionadas ao aparelho geniturinário (16,9%) e aparelho digestivo (16,2%).

Tabela 5 – Estatísticas descritivas das variáveis setor de internação, tempo de internação, motivo da internação dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

<b>Variável</b>		<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa %</b>
<b>Setor de Internação</b>	Unidade de Clínica Cirúrgica	72	52,9%
	Unidade de Clínica Médica	64	47,1%
<b>Tempo de Internação</b>	até 3 dias	48	35,30%
	de 4 a 7 dias	41	30,10%
	de 8 a 11 dias	20	14,70%
	mais de 11 dias	27	19,90%
<b>Motivo da internação</b>	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	26	19,10%
	Doenças do Aparelho Geniturinário	23	16,90%
	Doenças do Aparelho Digestivo	22	16,20%
	Doenças do Aparelho Respiratório	13	9,60%
	Doenças Infecciosas e Parasitárias	12	8,80%
	Neoplasias	10	7,40%
	Doenças do Aparelho Circulatório	9	6,60%
	Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo	7	5,10%
	Causas Externas	5	3,70%
	Outras Doenças	5	3,70%
	Doenças do Sistema Nervoso	4	2,90%

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Na Tabela 6, que aborda o histórico prévio de tratamentos de saúde, os tipos mais citados foram o tratamento para doenças cardiovasculares (69,1%), seguidos pelas doenças metabólicas (36%), sendo que 11,8% dos entrevistados relataram que não realizam nenhum tratamento médico. A maior parte das pessoas entrevistadas, 80,9%, tinha um acompanhante durante o período de internação. Ao serem questionados sobre a prática de atividade física, a grande maioria, 72,8%, afirmou não praticar nenhuma atividade física. A maioria dos participantes (61%) não é fumante e não consome regularmente bebida alcoólica (77,2%).

Tabela 6 – Variáveis tratamento prévio para quais doenças, acompanhante, prática de atividade física, fumante e consumo regular de bebida alcoólica dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136).

Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

<b>Variável</b>		<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa %</b>
<b>Tratamento prévio para quais doença</b>	Doenças Cardiovasculares	94	69,1%
	Doenças Metabólicas	49	36,0%
	Não realiza nenhum tratamento	16	11,8%
	Transtornos Mentais	14	10,3%
	Outras Doenças	14	10,3%
	Doenças Renais	11	8,1%
	Doenças Ósseas	8	5,9%
	Doenças Respiratórias	6	4,4%
	Doenças Oculares	5	3,7%
	Doenças Neurológicas	4	2,9%
	Doenças Autoimunes	3	2,2%
	Doenças Hematológicas	3	2,2%
	Neoplasias	3	2,2%
<b>Acompanhante</b>	Sim	110	80,9%
	Não	26	19,1%
<b>Pratica atividade física</b>	Não	99	72,8%
	Sim	37	27,2%
<b>Fumante</b>	Não	83	61,0%
	Sim	14	10,3%
	Ex-fumante	39	28,7%
<b>Cons. regular bebida alcoólica</b>	Não	105	77,2%
	Sim	31	22,8%

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

### 5.1.2 Qualidade de vida

A Tabela 7 apresenta as frequências absolutas e relativas por graduação obtidas na escala de qualidade de vida e nos seis domínios para o público participante, mensurados pelo instrumento WHOQOL-OLD. Os dados são apresentados por ordem decrescente de frequência. Dentre os domínios que definem o grau de qualidade de vida das pessoas idosas, os quesitos (domínios) mais bem avaliados e classificados

como “bons” foram: intimidade (42,6%), atividades do passado, presente e futuro (43,4%) e funcionamento dos sentidos (41,2%). Por outro lado, os domínios com piores avaliações e classificados como “regulares” foram: participação social (42,6%), autonomia (47,8%) e morte e morrer (29,4%).

Tabela 7 – Frequências absolutas e relativas dos domínios da escala WHOQOL-OLD em idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136).

Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

Domínios	Necessita Melhorar*	Regular*	Boa*	Muito Boa*	N (%)
Atividades do passado, presente e futuro	8,1% (11)	33,8% (46)	<b>43,4%</b> <b>(59)</b>	14,7% (20)	100% (136)
Intimidade	7,4% (10)	15,4% (21)	<b>42,6%</b> <b>(58)</b>	34,6% (47)	100% (136)
Funcionamento dos sentidos	17,6% (24)	27,2% (37)	<b>41,2%</b> <b>(56)</b>	14,0% (19)	100% (136)
Autonomia	14,0% (19)	<b>47,8%</b> <b>(65)</b>	33,8% (46)	4,4% (6)	100% (136)
Participação social	17,6% (24)	<b>42,6%</b> <b>(58)</b>	29,4% (40)	10,3% (14)	100% (136)
Morte e morrer	27,2% (37)	<b>29,4%</b> <b>(40)</b>	28,7% (39)	14,7% (20)	100% (136)
<b>Qualidade de vida</b>	<b>5,9%</b> <b>(8)</b>	<b>55,1%</b> <b>(75)</b>	<b>38,2%</b> <b>(52)</b>	<b>0,7%</b> <b>(1)</b>	<b>100%</b> <b>(136)</b>

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Nota: \*Escala: necessita melhorar (média de 1 a 2,9 pontos); regular (média de 3 a 3,9 pontos); boa (média de 4 a 4,9 pontos); e muito boa (média igual a 5 pontos)

A Tabela 8 apresenta as estatísticas descritivas da QV para pessoas idosas classificadas de acordo com a pontuação média de cada domínio. Para as pontuações dos domínios e da qualidade de vida geral, a tabela mostra a média geral, a variabilidade dos dados, representada pelo desvio-padrão (DP), a mediana e a moda. O resultado geral da classificação revela uma regular qualidade de vida nos indivíduos pesquisados (3,82 pontos). Os domínios mais bem avaliados foram os relacionados à “Intimidade” dos entrevistados, com média 4,31 pontos e às “Atividades do Passado, Presente e Futuro”, com média de 4 pontos. Os domínios com piores avaliações foram “Morte e Morrer” (média de 3,46 pontos) e “Autonomia”, com 3,63 pontos.

Tabela 8 – Qualidade de Vida dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

Domínios	N	Média	Desvio-padrão	Mediana	Moda	Classificação*
Intimidade	136	4,31	0,82	4,50	5,00	Boa
Atividades do passado, presente e futuro	136	4,00	0,79	4,00	5,00	Boa
Funcionamento dos sentidos	136	3,85	0,86	4,00	5,00	Regular
Participação social	136	3,66	0,80	3,75	3,5	Regular
Autonomia	136	3,63	0,76	3,75	3,75	Regular
Morte e morrer	136	<b>3,46</b>	1,10	3,75	4,00	Regular
<b>Qualidade de Vida</b>	<b>136</b>	<b>3,82</b>	<b>0,52</b>	<b>3,79</b>	<b>4,21</b>	<b>Regular</b>

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Nota: \*Escala: necessita melhorar (média de 1 a 2,9 pontos); regular (média de 3 a 3,9 pontos); boa (média de 4 a 4,9 pontos); e muito boa (média igual a 5 pontos).

### 5.1.3 Grau de fragilidade

A Tabela 9 apresenta as frequências absolutas e percentuais por graduação obtida na escala de fragilidade de pessoas idosas, conforme mensurado pelo instrumento EFS. Os dados são apresentados por ordem decrescente de frequência. Com uma pequena diferença percentual, 28,7% dos indivíduos avaliados na pesquisa são classificados como “aparentemente frágil”, vindo em segundo lugar os que “não apresenta fragilidade” (27,9%). Apenas 7,4% dos participantes da pesquisa apresentam “fragilidade severa”. Em posições intermediárias, ficaram os que apresentam “fragilidade moderada” (18,4%) e os que se classificam como “fragilidade leve” (17,6%).

Tabela 9 – Grau de Fragilidade de Edmonton (EFS) dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

Grau de Fragilidade	Frequência	Percentual
Apresentemente frágil	<b>39</b>	<b>28,7%</b>
Não apresenta fragilidade	38	27,9%
Fragilidade moderada	25	18,4%
Fragilidade leve	24	17,6%
Fragilidade severa	10	7,4%

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

A Tabela 10 apresenta as frequências absolutas e relativas por graduação obtida na escala de fragilidade nas 11 facetas (questões) para o público-alvo, conforme mensurado pelo instrumento EFS. Os dados são apresentados de acordo com a escala de cada faceta. No domínio “cognição”, a grande maioria dos indivíduos pesquisados (47,8%) foi aprovada, enquanto apenas 24,3% foram reprovados com erros significativos. O número de internações para a maior parte (85,3%) dos entrevistados foi de 1 a 2 vezes nos últimos 12 meses, e 58,1% dos entrevistados avaliaram seu estado geral de saúde como excelente, muito bom ou bom.

Em relação à independência nas atividades como preparar refeições, locomover-se, cuidar da casa, administrar o dinheiro, fazer compras, usar telefone e lavar roupas, a maior parte (48,5%) dos pesquisados precisam de auxílio em no máximo 1 destas atividades, enquanto 26,8% deles precisam de auxílio em 2 a 4 atividades e 14,7% precisam de auxílio em 5 a 8 atividades. O suporte social dos participantes foi considerado quando eles precisam de ajuda de alguém que os atenda. A enorme maioria (80,9%) deles sempre pode contar com alguém.

A avaliação sobre o uso de medicamentos considerou tanto a quantidade de remédios diferentes prescritos que os participantes utilizam diariamente quanto a frequência com que se esquecem de tomá-los. Quanto ao primeiro quesito, existe uma leve diferença entre aqueles que tomam mais de 5 remédios (52,9%) e aqueles que tomam menos de 5 (47,1%). Independentemente do número de remédios que utilizam, a maior parte (53,7%) das pessoas que realizaram a pesquisa citaram que não esquecem de tomar o medicamento.

Quanto ao domínio “nutrição”, 61% dos pesquisados observaram que têm perdido peso ao notarem que suas roupas estão mais folgadas. A maior parte das pessoas idosas avaliadas (66,2%) responderam que não se sentem tristes ou deprimidas com frequência.

No que tange à variável relacionada à incontinência urinária, 64,7% citaram não ter problema com esse aspecto. Por fim, foi avaliado o desempenho funcional pelo teste físico de se levantar de uma cadeira e caminhar 3 metros de distância. A grande maioria (45,6%) conseguiu realizar o teste em até 10 segundos, enquanto 36% dos avaliados levaram mais de 20 segundos para percorrer a distância, alcançando os tempos mais elevados.



Tabela 10 – Frequências absolutas e relativas do Grau de Fragilidade de Edmonton (EFS) por faceta dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136).

Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

		(continua)	
Variável		Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Cognição	Aprovado	65	47,8%
	Reprovado com erros mínimos	38	27,9%
	Reprovado com erros significativos	33	24,3%
Número de internações nos últimos 12 meses	Nenhuma vez	0	0,0%
	De 1 a 2 vezes	116	85,3%
	Mais de 2 vezes	20	14,7%
Estado geral da saúde (percepção do idoso)	Excelente, muito boa ou boa	79	58,1%
	Razoável	44	32,4%
	Ruim	13	9,6%
Independência funcional (atividades em que precisa de ajuda)	Até 1 atividade	66	48,5%
	De 2 a 4 atividades	50	36,8%
	De 5 a 8 atividades	20	14,7%
Suporte social (quando pode contar com ajuda)	Sempre	110	80,9%
	Algumas vezes	22	16,2%
	Nunca	4	2,9%
Uso de medicamentos (mais de 5 remédios)	Não	64	47,1%
	Sim	72	52,9%

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Tabela 10 – Frequências absolutas e relativas do Grau de Fragilidade de Edmonton (EFS) por faceta dos idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136).

Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

Variável		(conclusão)	
		Frequência Absoluta	Frequência Relativa %
Uso de medicamentos (esquece de tomar remédios)	Não	73	53,7%
	Sim	63	46,3%
Nutrição (perda de peso)	Não	53	39,0%
	Sim	83	61,0%
Humor (sente-se triste)	Não	90	66,2%
	Sim	46	33,8%
Incontinência	Não	88	64,7%
	Sim	48	35,3%
Desempenho funcional (tempo para caminhar até 3 metros)	De 0 a 10 segundos	62	45,6%
	De 11 a 20 segundos	25	18,4%
	Mais de 20 segundos	49	36,0%

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

## 5.2 ESTATÍSTICA ANALÍTICA

Nesta seção, é apresentada a estatística analítica dos dados com a realização de testes para investigar as relações envolvendo a qualidade de vida e os fatores sociodemográficos.

### 5.2.1 Teste de Associação – Qualidade de Vida e Fragilidade

Nesta seção, é apresentada a análise da relação entre as variáveis qualidade de vida e grau de fragilidade, com foco específico na pessoa idosa. Para avaliar a natureza da relação entre as variáveis, calculou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman, um teste não paramétrico recomendado para variáveis do tipo ordinal ou quantitativas sem normalidade.

Conforme apresentado na Tabela 11, o valor do coeficiente de correlação de Spearman foi de -0,419, e o valor de significância estatística bilateral (p-valor) foi de 0,001.

Tabela 11 – Matriz de correlação para o Teste de Spearman entre Grau de Qualidade de Vida e Grau de Fragilidade. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

Variável		Grau de Qualidade de Vida
Grau de Fragilidade	Coefficiente de Correlação de Spearman	-0,419
	Significância bilateral	<0,001

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

### 5.2.2 Teste de associação do qui-quadrado, Exato de Fisher e V de Cramer – qualidade de vida dos idosos e fatores sociodemográficos

Conforme apresentado na Tabela 12, houve uma associação significativa entre a qualidade de vida e a idade dos idosos, com  $X^2_{(6)} = 17,45$ ,  $p < 0,015$ . O V de Cramer obtido foi de **0,253**, isto é, aproximadamente 6,4% da variação das frequências na idade pode ser explicada pela variação das frequências da qualidade de vida dos idosos. Portanto, é possível concluir que existe uma relação entre a qualidade de vida e a idade dos idosos.

Quanto à relação entre a qualidade de vida de idosos e a cor/raça, verificou-se que ela é significativa, com  $X^2_{(6)} = 12,35$ ,  $p < 0,025$ . O V de Cramer obtido foi de **0,213**, ou seja, aproximadamente 4,5% da variação das frequências na cor/raça pode ser explicada pela variação das frequências da qualidade de vida dos idosos. Assim, pode-se concluir que existe uma relação entre a qualidade de vida e a cor/raça dos idosos.

Por fim, identificou-se que é significativa a relação entre a qualidade de vida de idosos e estado civil, com  $X^2_{(12)} = 19,19$ ,  $p < 0,03$ . O V de Cramer obtido foi de **0,217**, ou seja, aproximadamente 4,7% da variação das frequências do estado civil pode ser explicada pela variação das frequências da qualidade de vida dos idosos. Dessa forma, é possível concluir que existe uma relação entre a qualidade de vida e o estado civil dos idosos.

Tabela 12 – Associação entre Qualidade de Vida de Idosos e variáveis sociodemográficas utilizando qui-quadrado, Exato de Fisher e V de Cramer (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

Variáveis a serem relacionadas	Qualidade de vida de idosos					
	Medida	X <sup>2</sup>	GL (df)	Contagem esperada < 5	Exato de Fisher	V de Cramer
<b>Idade</b>	Ordinal	17,449	6	Sim	<b>0,015</b>	0,253
Gênero	Nominal	3,249	3	Sim	0,331	0,155
<b>Cor/raça</b>	Nominal	12,349	6	Sim	<b>0,025</b>	0,213
<b>Estado civil</b>	Nominal	19,194	12	Sim	<b>0,030</b>	0,217
Escolaridade	Ordinal	28,825	9	Sim	0,123	0,242
Renda familiar	Ordinal	5,877	9	Sim	0,620	0,120
Reside com	Nominal	23,514	21	Sim	0,208	0,240
Pratica atividade física	Nominal	1,342	3	Sim	0,839	0,099
Fumante	Nominal	3,235	6	Sim	0,836	0,109
Consumo regular de bebidas alcoólicas	Nominal	3,83	3	Sim	0,319	0,168

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

### 5.2.3 Dados relacionados ao grau de qualidade de vida com fatores sociodemográficos

A Tabela 13 apresenta o cruzamento dos dados relacionados ao grau de qualidade de vida com a idade dos participantes do estudo, identificando um padrão decrescente na qualidade de vida dos idosos com mais de 80 anos, ou seja, quanto melhor o grau de qualidade de vida dessa população, menor o número de idosos identificados nessa faixa etária.

Tabela 13 – Correlação da Qualidade de Vida e Idade de idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

Qualidade de vida de idosos	Idade			TOTAL		
	de 60 a 70 anos	de 71 a 80 anos	mais de 80 anos			
Necessita melhorar	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25%)	8 (100%)		
Regular	52 (69,3%)	21 (28%)	2 (2,7%)	75 (100%)		
Boa	27 (51,9%)	24 (46,2%)	1 (1,9%)	52 (100%)		
Muito Boa	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)		
<b>TOTAL</b>	<b>82</b> <b>(60,3%)</b>	<b>49</b> <b>(36%)</b>	<b>5</b> <b>(3,7%)</b>	<b>136</b> <b>(100%)</b>		
Qualidade de vida de idosos	Cor/raça			TOTAL		
	Branca	Preta	Parda			
Necessita melhorar	0 (0%)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (100%)		
Regular	28 (37,3%)	25 (33,3%)	22 (29,3%)	75 (100%)		
Boa	27 (51,9%)	14 (26,9%)	11 (21,2%)	52 (100%)		
Muito Boa	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)		
<b>TOTAL</b>	<b>55</b> <b>(40,4%)</b>	<b>42</b> <b>(30,9%)</b>	<b>39</b> <b>(28,7%)</b>	<b>136</b> <b>(100%)</b>		
Qualidade de vida de idosos	Estado civil					TOTAL
	Casado(a)	Solteiro(a)	União Estável	Viúvo(a)	Divorciado(a)	
Necessita melhorar	1 (12,5%)	2 (25,0%)	0 (0%)	3 (37,5%)	2 (25%)	8 (100%)
Regular	41 (54,7%)	7 (9,3%)	1 (1,3%)	14 (18,7%)	12 (16%)	75 (100%)
Boa	35 (67,3%)	6 (11,5%)	0 (0%)	8 (15,4%)	3 (5,8%)	52 (100%)
Muito Boa	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
<b>TOTAL</b>	<b>77</b> <b>(56,6%)</b>	<b>16</b> <b>(11,8%)</b>	<b>1</b> <b>(0,7%)</b>	<b>25</b> <b>(18,4%)</b>	<b>17</b> <b>(12,5%)</b>	<b>136</b> <b>(100%)</b>

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

Na correlação dos dados relacionados ao grau de qualidade de vida com a cor/raça dos indivíduos entrevistados, identificou-se um padrão decrescente na qualidade de vida dos idosos que se declararam da cor preta, ou seja, quanto maior o

grau de qualidade de vida dessa população, menor o número de idosos pretos identificados.

Já no cruzamento dos dados relacionados ao grau de qualidade de vida com o estado civil dos idosos pesquisados, identificou-se um padrão decrescente na qualidade de vida dos idosos viúvos e divorciados, ou seja, pessoas que apresentavam estes estados civis possuíam um grau de qualidade de vida inferior em comparação com os demais grupos analisados.

#### **5.2.4 Teste de associação do qui-quadrado, Exato de Fisher e V de Cramer – fragilidade de idosos e fatores sociodemográficos**

Na Tabela 14, pode-se visualizar uma associação significativa entre o grau de fragilidade e com quem o idoso reside, com  $X^2_{(28)} = 44,6$ ,  $p < 0,03$ . O V de Cramer obtido foi de **0,286**, isto é, aproximadamente **8%** da variação nas frequências de com quem o idoso reside pode ser explicada pela variação das frequências do grau de fragilidade dos idosos. Dessa maneira, conclui-se que existe uma relação entre o grau de fragilidade e com quem o idoso reside.

Por fim, identificou-se que é significativa a relação entre o grau de fragilidade de idosos e o consumo regular de bebidas alcoólicas, com  $X^2_{(4)} = 11,1$ ,  $p < 0,026$ . O V de Cramer obtido foi de **0,285**, ou seja, aproximadamente **8%** da variação das frequências do consumo regular de bebidas alcoólicas pode ser explicada pela variação das frequências do grau de fragilidade dos idosos. Sendo assim, infere-se que existe uma relação entre o grau de fragilidade e o consumo regular de bebidas alcoólicas pelos idosos.

Tabela 14 – Teste de associação entre Grau de Fragilidade de Idosos e variáveis sociodemográficas utilizando qui-quadrado, Exato de Fisher e V de Cramer.

(N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

Variáveis sociodemográficas	Grau de fragilidade de idosos				
	X <sup>2</sup>	GL (df)	Contagem esperada < 5	Exato de Fisher	V de Cramer
Idade	4,797	8	Sim	0,786	0,132
Gênero	3,914	4	Sim	0,421	0,169
Cor/raça	7,289	8	Sim	0,512	0,163
Estado civil	17,255	16	Sim	0,479	0,170
Escolaridade	9,894	12	Sim	0,625	0,156
Renda familiar	12,712	12	Sim	0,349	0,180
<b>Reside com*</b>	44,6	28	Sim	<b>0,03</b>	0,286
Pratica atividade física	4,15	4	Sim	0,386	0,175
Fumante	10,6	8	Sim	0,227	0,197
<b>Consumo regular de bebidas alcoólicas</b>	11,1	4	Sim	<b>0,026</b>	0,285

Nota: \*Variável com limitação computacional para cálculo, Exato de Fisher calculado por meio da Simulação de Monte Carlo (Software GNU Jamovi).

Fonte: Elaborada pela autora (2024).

### 5.2.5 Correlação entre fragilidade x com quem o idoso reside e consumo regular de bebida alcoólica

A Tabela 15 sugere que idosos que residem com companheiro apresentam menor grau de fragilidade, sendo a maioria classificada como “não apresenta fragilidade e “aparentemente frágeis”, em comparação aos idosos que residem sozinhos, nos quais a maior parte é classificada com algum grau de fragilidade leve, moderada ou severa.

Tabela 15 – Correlação de Grau de Fragilidade e variáveis sociodemográficas – idosos hospitalizados em uma instituição de ensino (N=136). Juiz de Fora, MG, Brasil, 2024

<b>Grau de Fragilidade</b>									<b>TOTAL</b>
<b>Com quem o idoso reside</b>									
	<b>Comp.</b>	<b>Comp., filho/ Neto</b>	<b>Comp. Outros</b>	<b>Comp., filho/ neto e outros</b>	<b>Filho/ Neto</b>	<b>Filho/ Neto e outros</b>	<b>Outros</b>	<b>Só</b>	
Não apresenta fragilidade	12 (31,6%)	11 (28,9%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (13,2%)	0 (0%)	6 (15,8%)	4 (10,5%)	<b>38 (100%)</b>
Aparentemente frágil	18 (46,2%)	8 (20,5%)	1 (2,6%)	3 (7,7%)	4 (10,3%)	0 (0%)	1 (2,6%)	4 (10,3%)	<b>39 (100%)</b>
Fragilidade leve	3 (12,5%)	5 (20,8%)	2 (8,3%)	0 (0%)	3 (12,5%)	1 (4,2%)	1 (4,2%)	9 (37,5%)	<b>24 (100%)</b>
Fragilidade moderada	5 (20%)	9 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (16%)	0 (0%)	2 (8%)	5 (20%)	<b>25 (100%)</b>
Fragilidade severa	1 (10%)	4 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (30%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	<b>10 (100%)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39 (28,7%)</b>	<b>37 (27,2%)</b>	<b>3 (2,2%)</b>	<b>3 (2,2%)</b>	<b>19 (14%)</b>	<b>1 (0,7%)</b>	<b>10 (7,4%)</b>	<b>24 (17,6%)</b>	<b>136 (100%)</b>
<b>Grau de Fragilidade</b>	<b>Consumo regular de bebida alcoólica</b>						<b>TOTAL</b>		
	<b>NÃO</b>			<b>SIM</b>					
Não apresenta fragilidade	28 (73,7%)			10 (26,3%)			<b>38 (100%)</b>		
Aparentemente frágil	30 (76,9%)			9 (23,1%)			<b>39 (100%)</b>		
Fragilidade leve	14 (58,3%)			10 (41,7%)			<b>24 (100%)</b>		
Fragilidade moderada	24 (96%)			1 (4%)			<b>25 (100%)</b>		
Fragilidade severa	9 (90%)			1 (10%)			<b>10 (100%)</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>105 (77,2%)</b>			<b>31 (22,8%)</b>			<b>136 (100%)</b>		

Fonte: Elaborada pela autora (2024).



Pode-se observar que graus mais elevados de fragilidade, como fragilidade moderada e severa, sugerem um menor consumo de bebida alcoólica pelos idosos hospitalizados. Já os idosos com fragilidade leve apresentam um maior consumo regular de bebida alcoólica.

## 6 DISCUSSÃO

Para o presente tópico, são apresentados resultados de outros estudos similares e comparados com os resultados encontrados na pesquisa vigente, com intuito de reforçar tais achados com base na literatura disponível.

Os resultados do perfil sociodemográfico dos entrevistados são consistentes com os achados do estudo de Martins *et al.* (2021), realizado em um hospital de ensino vinculado à Universidade Federal de São Paulo, que também identificou a predominância de participantes de cor branca, casada, aposentada, com baixa escolaridade e renda familiar média de até 3 salários-mínimos.

Com o avanço da idade, as pessoas idosas tendem a apresentar mais morbidades, o que frequentemente leva a um aumento no uso de medicamentos. Apesar de a presença de qualquer comorbidade ser indicativa de fragilidade, sua ocorrência pode anteceder a síndrome e tornar o indivíduo ainda mais propenso à fragilidade a partir dos 80 anos, levando a um risco 1,24 vezes maior de desenvolver fragilidade em comparação com aqueles com idade entre 65 e 79 anos (Barbosa *et al.*, 2022).

Um estudo similar realizado por Neri *et al.* (2022), que avaliou os dados sociodemográficos dos participantes, evidenciou que a maioria não morava sozinha (83,8%) e possuía cônjuge ou companheiro (50,9%). A maioria era alfabetizada (78,1%) e possuía renda de 1 a 3 salários-mínimos, corroborando os achados deste estudo.

As pessoas idosas que residem com familiares tendem a sentir-se mais seguras por crerem que podem contar com a ajuda deles nos cuidados diários, suporte social e atenção conforme suas necessidades (Elias *et al.*, 2018). A família, nesse contexto, deve proporcionar liberdade e autonomia nas mais diversas facetas da vida desse indivíduo, inclusive na esfera sexual, que é uma necessidade humana básica e traz melhorias na saúde e QV (Gatti; Pinto, 2019).

Um estudo divulgado por Melo *et al.* (2018) evidenciou que a disparidade socioeconômica é um fator contribuinte para uma maior porcentagem de fragilidade. Dentre aqueles que se mostraram frágeis, 69% possuíam renda de até um salário-mínimo. Fatores como baixo nível escolar e renda são considerados preponderantes para o surgimento da síndrome em idosos, deixando-os com maior vulnerabilidade à

incidência de morbidades e mortalidade em decorrência das condições sociais desfavoráveis que se encontram.

Apenas 2,2% dos entrevistados declararam não possuir religião. No entanto, estudos indicam que a prática religiosa pode trazer contribuições na QV. Em uma pesquisa realizada no Brasil por Bittar *et al.* (2018), constatou-se que pessoas idosas associam a espiritualidade a uma experiência transcendental, sendo considerada uma estratégia positiva para encarar as adversidades, dando sentido à vida, por meio da fé e da crença na existência de Deus.

Os participantes relataram que a religião e suas práticas espirituais trouxeram benefícios na QV. Mesmo entre aqueles que não frequentavam de forma constante uma doutrina específica, observou-se uma sensação de bem-estar ao participar de práticas religiosas, como grupos de oração e outras atividades associadas à religião (Bittar *et al.*, 2018).

Sugere-se a realização de novos estudos que aprofundem o tema religião e sua relação com a prática clínica, bem como suas implicações para traçar medidas que beneficiem essa população, de forma a desenvolver medidas que permitam aos idosos exercerem sua espiritualidade dentro de ambientes de assistência à saúde, contribuindo para a QV dessa população (Bittar *et al.*, 2018).

A expressiva discrepância observada entre o Brasil e os países de alta renda em relação aos determinantes sociais de saúde que podem influenciar o surgimento e a evolução do declínio cognitivo e da fragilidade corrobora a importância da realização de estudos longitudinais para aprofundar a compreensão dos determinantes de potencialização dessas condições na pessoa idosa. Os estudos longitudinais podem proporcionar informações relevantes ao desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à identificação de idosos com maior risco de desenvolver fragilidade (Neri *et al.*, 2022).

Em um estudo recente desenvolvido por Souza Júnior *et al.* (2022), os participantes tiveram uma melhor pontuação de QV nas habilidades sensoriais, demonstrada pela mediana mais elevada. Esse resultado diverge dos resultados deste estudo, no qual o quesito mais bem avaliado, classificado como bom, foi o relacionado a atividades do passado, presente e futuro.

Em consonância com o resultado geral da classificação apresentado pelo presente estudo, que revela uma regular qualidade de vida entre os participantes, um

estudo semelhante realizado por Persequino, Okuno e Horta (2022), que avaliou a vulnerabilidade e a qualidade de vida de pessoas idosas em diferentes situações de atenção familiar, também apresentou resultado regular na qualidade de vida dos entrevistados. Esse achado demonstra a necessidade de reformulação de políticas de saúde da pessoa idosa no que tange ao envelhecimento saudável.

Corroborando o presente estudo, Okuno *et al.* (2022) apresentam a faceta relacionada à autonomia como uma das mais comprometidas entre os participantes. Essa constatação reforça o conceito de saúde apresentado pela OMS, no qual autonomia e independência proporcionam ao idoso uma maior percepção de estar saudável e com boa qualidade de vida.

A maioria dos participantes da pesquisa citaram que não esquecem de tomar os medicamentos diários. Conforme exposto por Santos e Mathias (2020), esquecer de tomar as medicações é fator de risco para a ocorrência de fragilidade, sendo mais frequente com o passar dos anos devido à redução da cognição. Idosos que esquecem de tomar os medicamentos regularmente acabam gerando piora em sua saúde devido ao agravamento das patologias que possuem.

O isolamento social e a solidão têm sido associados a uma redução da funcionalidade física e à fragilidade em idosos, além de serem identificados como fatores de risco para o surgimento e progressão da fragilidade. Promover a inclusão social e reduzir a solidão, incentivando a participação em atividades grupais adequadas às necessidades dos idosos, tem mostrado impacto positivo. De fato, o engajamento social em grupos de atividades culturais tem sido relacionado à redução do risco de fragilidade (Davies *et al.*, 2021).

A ingestão nutricional inadequada também está fortemente associada à fragilidade. Idosos malnutridos ou com risco de má nutrição têm um aumento significativo na probabilidade de eventos adversos e desfechos desfavoráveis, especialmente quando já apresentam algum grau de fragilidade. A prática de atividade física aliada a um bom fornecimento nutricional tem mostrado efetiva redução da fragilidade e melhoria da funcionalidade física em idosos (Verlaan *et al.*, 2017).

No estudo de Souza Júnior *et al.* (2022), foi observada uma prevalência de 85,2% de indivíduos em processo de fragilidade, com 45,2% classificados como frágeis, 40% como pré-frágeis e 14,8% sem nenhum grau de fragilidade, diferindo dos

resultados obtidos no presente estudo. Há uma ampla variação na prevalência da fragilidade entre pessoas idosas, justificando as divergências encontradas.

Em relação à QV e à fragilidade, o presente estudo identificou uma relação negativa de força moderada entre as variáveis, concluindo que há uma relação entre elas. Confirmando esses achados, um estudo de revisão sistemática e metanálise publicado por Kojima *et al.* (2019) apresentou a primeira evidência de uma relação inversa significativa englobando pré-fragilidade, fragilidade e QV em pessoas idosas da comunidade. A pré-fragilidade e a fragilidade foram relacionadas com grande significância a piores desempenhos nos quesitos físico e mental da qualidade de vida em comparação aos idosos sem sinais de fragilidade.

Uma pesquisa similar realizada no Paraná também identificou essa associação, mostrando que, quanto maior o grau de fragilidade apresentado, menor é a QV (Lenardt *et al.*, 2016). Outro estudo, realizado por Freitas e Leite (2016), também evidencia que a fragilidade é inversamente proporcional à QV, sendo relacionada de forma expressiva à capacidade funcional desses indivíduos.

Os resultados apresentados no presente estudo evidenciaram uma relação significativa entre a QV, idade, cor/raça e estado civil. Por sua vez, a fragilidade obteve associação significativa com quem o idoso mora e o consumo regular de bebidas alcoólicas.

Em concordância com o presente estudo, a análise de dados realizada por Perseguinto *et al.* (2022) identificou uma correlação negativa com significância entre idade e QV, sugerindo que, quanto mais avançada a idade, menor o escore relacionado à QV. Esses achados corroboram os dados apresentados pela WHO (2019), que evidenciam que a longevidade vem permeada de limitações e doenças crônicas não transmissíveis que influenciam de forma prejudicial a avaliação da QV dos idosos.

De acordo com Silva *et al.* (2018), o processo de envelhecimento, apesar de ser inerente a todo indivíduo, carrega consigo realidades e obstáculos bem maiores quando se trata de idosos pardos e pretos em comparação com idosos brancos. Compreender as desigualdades raciais no Brasil tem sido um processo complexo e ainda pouco analisado em algumas faixas etárias da população, como a dos idosos.

Estudos mostram que idosos pardos, principalmente pretos, enfrentam ao longo da vida desigualdades estruturais que se prolongam até a terceira idade, muitas

vezes agravadas perante o descaso e a falta de políticas públicas que enxerguem a importância de todas as pessoas idosas, especialmente os mais marginalizados e esquecidos (Silva *et al.*, 2018).

Dessa forma, a iniquidade racial na autoavaliação da saúde sugere que a mobilidade social desfavorável entre as gerações é um importante instrumento para entender essa desigualdade, que afetou de forma negativa os comportamentos, as condições de saúde, o acesso a bens e aos serviços de saúde, bem como sua utilização (Silva *et al.*, 2018).

Além disso, evidenciou-se que fatores como estado civil estão relacionados a pessoas identificadas como vulneráveis Perseguino *et al.* (2022). Uma melhor qualidade de vida foi relacionada a pessoas idosas mais novas, casadas e com contato familiar próximo, corroborando os achados da presente pesquisa.

De forma semelhante aos resultados encontrados nesta pesquisa, que apontam o estado civil como um fator influente na qualidade de vida, o estudo multicêntrico Fibra, realizado em 17 cidades localizadas nas 5 regiões do Brasil, comparou a linha de base e o seguimento, evidenciando uma redução do número de idosos não frágeis e um aumento dos frágeis conforme o estado civil mudava de casado para solteiro ou viúvo. Dados do *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA) mostraram que a chance de mortalidade foi superior em idosos que passaram a morar sozinhos durante o seguimento, seja por divórcio, viuvez, depressão, solidão ou diminuição da mobilidade (Neri *et al.*, 2022).

Como consequência, Fhon *et al.* (2018) observaram um aumento de 8,4% no escore de fragilidade entre aqueles que viviam sem companheiro(a) ou cônjuge, resultando em um aumento no número de participantes identificados com algum grau de fragilidade.

Além disso, foi identificada uma relação entre fragilidade e consumo regular de bebidas alcoólicas. Um estudo realizado por Souza Júnior *et al.* (2021) demonstrou que, entre as ações voltadas para a prevenção da fragilidade, estão a suspensão do hábito de fumar e do consumo de bebidas alcoólicas, a adoção de uma alimentação balanceada e boa aderência ao tratamento medicamentoso das comorbidades apresentadas. Nesse contexto, deseja-se que os profissionais de saúde e gestores adotem ações urgentes direcionadas à prevenção e ao controle do avanço da fragilidade.

Da mesma forma, pressupõe-se que a sociedade em geral, inclusive jovens e adultos, sensibilize-se com esses resultados e iniciem a adoção de comportamentos que protejam sua saúde, a fim de minimizar as consequências de um estilo de vida não saudável e desregrado quando alcançarem a velhice (Llano *et al.*, 2019).

Em suma, pode-se afirmar que este estudo poderá contribuir para a realização de novas pesquisas que envolvam a avaliação da QV e a fragilidade de pessoas em processo de hospitalização, permitindo a identificação dos fatores e suas respectivas intervenções, reduzindo, assim, a ocorrência de complicações advindas da presença de fragilidade.

## 7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre as limitações encontradas na pesquisa, destaca-se o fato de ter sido realizada em um único local, com número reduzido de participantes e que presta assistência somente aos usuários do sistema público de saúde, o que pode não ser condizente com outras realidades presentes em organizações privadas.

A falta de um espaço exclusivo para a realização da entrevista também aparece como um fator limitante. Em relação aos instrumentos de coleta de dados, foram identificadas limitações devido à extensão dos questionários, tornando o processo de coleta extenso e cansativo para pessoas idosas em condições clínicas desfavoráveis.

Além disso, embora existam diversos instrumentos para avaliar a fragilidade, foi utilizado apenas um, que não é específico para a população idosa hospitalizada, o que limita a abrangência e a precisão dos dados obtidos.



## 8 CONCLUSÃO

Foi confirmada a hipótese do estudo de que a ocorrência de fragilidade em idosos hospitalizados está relacionada a uma pior qualidade de vida. Na amostra analisada, foi identificada uma relação entre o grau de qualidade de vida e de fragilidade.

Além disso, foi observada uma associação significativa entre a qualidade de vida e a idade, cor/raça e estado civil dos idosos participantes da pesquisa. Em relação à fragilidade, verificou-se uma associação significativa com quem o idoso reside e com o consumo de bebidas alcoólicas.

Por fim, considera-se pertinente dizer que são recomendadas novas pesquisas com pessoas idosas hospitalizadas para a validação de instrumentos e aprofundamento do assunto, envolvendo a avaliação da QV e a fragilidade. Isso pode ser feito investigando quais fatores estão relacionados ao surgimento da síndrome da fragilidade, para que sejam estabelecidas referências científicas da temática proposta, sugerindo ações de saúde para a compreensão e identificação dos agentes envolvidos, que poderá resultar em práticas que tragam melhorias na vida desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, N. A.; ARAGÃO, J. C. B.; FERREIRA, M. A.; DANTAS, E. H. M. Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 103-109, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HDsvZh5XwrgS4y86Fh9hQ9c/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2024.
- ALVES, E. C. D.; ARAÚJO-MONTEIRO, G. K. N.; OLIVEIRA, L. M.; BRANDÃO, B. M. L. S.; SOUTO, R. Q. Frailty syndrome and quality of life in hospitalized older adults. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562023026.230106.pt>. Acesso em: 12 set. 2024.
- BARBOSA, G. C.; CAPARROL, A. J. S.; MELO, B. R. DE S.; MEDEIROS, T. J.; OTTAVIANI, A. C.; GRATÃO, A. C. M. Factors correlated with the frailty of elderly in outpatient care: difference between age groups. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 26, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0408en>. Acesso em: 14 set. 2024.
- BARBOSA, S. R.; MANSUR, H. N.; COLUGNATI, F. A. B. Impactos da Fragilidade sobre desfechos negativos em saúde de idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 836-844, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170069>. Acesso em: 12 set. 2024.
- BITTAR, C. M. L.; MOSCARDINI, A. F. M.; VANZELA, I. B. M.; SOUZA, V. A. P.; ROCHA, J. F. G. Qualidade de vida e sua relação com a espiritualidade: um estudo com idosos em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 195-209, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v14i2.7020>. Acesso em: 10 jul. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar>. Acesso em: 12 set. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 18 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. [Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos]. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 18 jun. 2024.

CAMPOS, L. P. C.; ABREU, R. A. F. S.; DONOSO, M. T. V.; AZEVEDO, R. V. M.; BARBOSA, J. A. G. Assistência de enfermagem ao idoso frágil: revisão de escopo. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 4, p. 13097-13110, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-092>. Acesso em: 22 set. 2024.

CARRIÈRE, I.; COLVEZ, A.; FAVIER, F.; JEANDEL, C.; BLAIN, H. Hierarchical components of physical frailty predicted incidence of dependency in a cohort of elderly women. **Journal of Clinical Epidemiology**, [s. l.], v. 58, n. 11, p. 1180-1187, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.02.018>. Acesso em: 2 set. 2024.

CHACHAMOVICK, E.; TRENTINI, C. M.; FLECK, M. P. O.; SCHIMIDT, S.; POWER, M. Desenvolvimento do instrumento WHOQOL-OLD. In: FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 103-111.

COOPER, J. F.; VAN RAAMSDONK, J. M. Modeling Parkinson's Disease in *C. elegans*. **Journal of Parkinson's Disease**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 17-32, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5836411/>. Acesso em: 4 nov. 2024.

CRUZ-JENTOFT, A. J.; BAHAT, G.; BAUER, J.; BOIRIE, Y.; BRUYÈRE, O.; CEDERHOLM, T.; COOPER, C.; LANDI, F.; ROLLAND, Y.; SAYER, A. A.; SCHNEIDER, S. M.; SIEBER, C. C.; TOPINKOVA, E.; VANDEWOUDE, M.; VISSER, M.; ZAMBONI, M. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and Ageing**, [s. l.], v. 48, n.1, p. 16-31, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>. Acesso em: 22 set. 2024.

DAVIES, K.; MAHARANI, A.; CHANDOLA, T.; TODD, C.; PENDETLON, N. Thue longitudinal relationship between loneliness, social isolation, and frailty in older adults in England: a prospective analysis. **Lancet Healthy Longevity**, [s. l.], v. 2, n. 2, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568\(20\)30038-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhl/article/PIIS2666-7568(20)30038-6/fulltext). Acesso em: 12 set. 2024.

ELIAS, H. C.; MARZOLA, T. S.; MOLINA, N. P. F. M.; ASSUNÇÃO, L. M.; RODRIGUES, L. R.; TAVARES, D. M. S. Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 582-590, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081>. Acesso em: 20 maio 2024.

ENSRUD, K. E.; EWING, S. K.; CAWTHON, P. M.; FINK, H. A.; TAYLOR, B. C.; CAULEY, J. A.; DAM, T.-T.; MARSHALL, L. M.; ORWOLL, E. S.; CUMMINGS, S. R. A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures, and mortality in older men. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 57, n. 3, p. 492-498, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02137.x>. Acesso em: 2 set. 2024.

FABRICIO-WEHBE, S. C. C.; SCHIAVETO, F. V.; VENDRUSCULO, T. R. P.; HAAS, V. J.; DANTAS, R. A. S.; RODRIGUES, R. A. P. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. **Revista**

**Latino-americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 17, n. 6, p. 1043-1049, 2009.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000600018>. Acesso em: 12 maio 2024.

FHON, J. R. S.; RODRIGUES, R. A. P.; SANTOS, J. L. F.; DINIZ, M. A.; SANTOS, E. B.; ALMEIDA, V. C.; GIACOMINI, S. B. L. Fatores associados à fragilidade em idosos: estudo longitudinal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 74, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000497>.

Acesso em: 4 nov. 2024.

FREITAS, A. G.; LEITE, D. L. **Novas perspectivas no tratamento medicamentoso da doença de Alzheimer**: uma revisão integrativa. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

FRIED, L.; TANGEN, C. M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A. B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J.; SEEMAN, T.; TRACY, R.; KOP, W. J.; BURKE, G.; MCBURNIE, M. A. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology: Series A**, [s. l.], v. 56, n. 3, 2001 Disponível em:

<https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>. Acesso em: 22 set. 2024.

GASPAR, R. B.; SILVA, M. M.; ZEPEDA, K. G. M.; SILVA, Í. R. O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 72, n. 6, p. 1717-1724, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/LBB5M8K86nkWZYz5rTSkBXz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 maio 2024.

GATTI, M. C.; PINTO, M. J. C. Velhice ativa: a vivência afetivo-sexual da pessoa idosa. **Vínculo**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 133-159, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p133-159>. Acesso em: 20 maio 2024.

GOMES, G.; MOREIRA, R. S.; MAIA, T. O.; SANTOS, M. A. B.; SILVA, V. L. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura.

**Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 1035-1046, 2021. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26n3/1035-1046/pt>. Acesso em: 12 maio 2024.

HOOGENDIJK, E. O.; AFILALO, J.; ENSRUD, K. E.; KOWAL, P.; ONDER, G.;

FRIED, L. P. Frailty: implications for clinical practice and public health. **The Lancet**, [s. l.], v. 394, n. 10206, p. 1365-1375, 2019. Disponível em:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619317866>. Acesso em: 7 abr. 2024.

HORNER, R. L. The role of the district nurse in screening and assessment for frailty.

**British Journal of Community Nursing**, [s. l.], v. 27, n. 5, p. 226-230, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-092>. Acesso em: 12 set. 2024.

IBGE. **Censo Demográfico 2022**: população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade: resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da

Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. 9 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102038>. Acesso em: 22 jan. 2024.

JESUS, L. A.; MEDEIROS, M. O. S. F.; SILVA, M. G. Conhecimentos de enfermeiras sobre a ocorrência de incidentes com pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 8, n. 2, p. 143-153, 2019. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2494>. Acesso em: 17 maio 2024.

JUNG, C.; FLAATTEN, H.; FJOLNER, J.; RAPHAEL, B.; BERNHARD, W.; ARTIGAS, A.; PINTO, B. B.; SCHEFOLD, J. C.; WOLFF, G.; KELM, M.; BEIL, M.; SVIRI, S.; VAN HEERDEN, P. V.; SZCZEKLIK, W.; CZUCZWAR, M.; ELHADI, M.; JOANNIDIS, M.; OEYEN, S.; ZAFEIRIDIS, T.; MARSH, B.; ANDERSEN, F. H.; MORENO, R.; CECCONI, M.; LEAVER, S. The impact of frailty on survival in elderly intensive care patients with COVID-19: the COVIP study. **Critical Care**, [s. l.], v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-021-03551-3>. Acesso em: 22 set. 2024.

KOJIMA, G.; TANIGUCHI, Y.; ILIFFE, S.; JIVRAJ, S.; WALTERS, K. Transitions between frailty states among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, [s. l.], v. 50, p. 81-88, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2019.01.010>. Acesso em: 22 jun. 2024.

LI, P. S.; HSIEH, C. J.; MIAO, N. F. A study of physical activity, frailty, and health-related quality of life among community-dwelling older adults in Taiwan. **The Journal of Nursing Research**, [s. l.], v. 28, n. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000402>. Acesso em: 30 set. 2024.

LLANO, P. M. P.; LANGE, C.; SEQUEIRA, C. A. C.; JARDIM, V. M. R.; CASTRO, D. S. P. SANTOS, F. Factors associated with frailty syndrome in the rural elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 72, p. 14-21, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0079>. Acesso em: 22 out. 2024.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N. H. K.; BINOTTO, M. A.; WILLIG, M. H.; LOURENÇO, T. M.; ALBINO, J. Frailty and quality of life in elderly primary health care users. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 69, n. 3, p. 478-483, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690309i>. Acesso em: 4 nov. 2024.

MARTINS, B.; YOSHITOME, A. Y.; VIEIRA, T. F.; SALA, D. C. P. I.; JÚNIOR, G. S.; OKUNO, M. F. P. Fatores associados à qualidade de vida de idosos hospitalizados. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, p. 1-19, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/44098/pdf>. Acesso em: 22 maio 2024.

MELO, E. M. A.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; MELO, H. M. A. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 468-480, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811710>. Acesso em: 20 set. 2024.

MELO, R. C.; CIPOLLI, G. C.; BUARQUE, G. L. A.; YASSUDA, M. S.; CESARI, M.; OUDE VOSHAR, R. C.; APRAHAMIAN, I. Prevalence of frailty in brazilian older adults: a systematic review and meta-analysis. **The Journal of Nutrition, Health and Aging**, [s. l.], v. 24, n. 7, p. 708-716, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s12603-020-1398-0>. Acesso em: 15 maio 2024.

NERI, A. L.; MELO, R. C.; BORIM, F. S. A.; ASSUMPÇÃO, D.; CIPOLLI, G. C.; YASSUDA, M. S. Avaliação de seguimento do Estudo Fibra: caracterização sociodemográfica, cognitiva e de fragilidade dos idosos em Campinas e Ermelino Matarazzo, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1-13, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562022025.210224.pt>. Acesso em: 20 set. 2024.

NUNES, M. G. S.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; MENDONÇA, S. S. Long-lived elderly: assessment of quality of life in the field of spirituality, religiousness and personal beliefs. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v. 41, n. 115, p. 1102-1115, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711509>. Acesso em: 5 maio 2024.

O'CAOIMH, R.; SEZGIN, D.; O'DONOVAN, M. R.; MOLLOY, D. W.; CLEGG, A.; ROCKWOOD, K.; LIEW, A. Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. **Age and Ageing**, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 96-104, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afaa219>. Acesso em: 5 maio 2024.

OKUNO, M. F. P.; COSTA, K. A. L.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Religious/spiritual experiences, quality of life and satisfaction with life of hospitalized octogenarians. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, n. 1, e20201099, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1099>. Acesso em: 14 maio 2024.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia**, [s. l.], v. 15, n. 31, p. 69-79, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>. Acesso em: 18 jun. 2024.

OPAS. **Década do envelhecimento saudável 2020-2030**. Washington, DC: WHO, 2020.

PEÑUELAS, O.; LOMELI, J. M.; DEL CAMPO-ALBENDEA, L.; TOLEDO, S. I.; ARELLANO, A.; CHAVARRIA, U.; MARÍN, M. C.; ROSAS, K.; MERLOS, M. A. G.; MERCADO, R.; GARCÍA-LERMA, H. R.; MONARES, E.; GONZÁLEZ, D.; PÉREZ, J.; ESTEBAN-FERNÁNDEZ, A.; MURIEL, A.; FRUTOS-VIVAR, F.; ESTEBAN, A. Fragilidad en sobrevivientes de COVID-19 graves tras el alta de UCI. Estudio prospectivo y multicéntrico en México. **Medicina Intensiva**, [s. l.], v. 48, n. 7, p. 377-385, 2024. Disponível em: <https://www.medintensiva.org/en-pdf-S2173572724000559>. Acesso em: 22 set. 2024.

PEREIRA, E. S.; SÁ, S. P. C.; NAPOLEÃO, A. A.; CAVALCANTI, A. C. D. Intervenções de enfermagem ao idoso hospitalizado com risco de queda. **Revista Nursing**, [s. l.], v. 23, n. 265, p. 4205-4212, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4205-4220>. Acesso em: 25 maio 2024.

PERISSÉ, C.; MARLI, M. Caminhos para uma melhor idade. **Revista Retratos**, Rio de Janeiro, n. 16, p. 16-25, 2019. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf). Acesso em: 18 jun. 2024.

PERSEGUINO, M. G.; OKUNO, M. F. P.; HORTA, A. L. M. Vulnerability and quality of life of older persons in the community in different situations of family care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0034>. Acesso em: 4 maio 2024.

PLACIDELI, N.; BOCCHI, S. Modelos de atenção integral para idosos no mundo: revisão da literatura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 310-326, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310326>. Acesso em: 22 jan. 2024.

PONCE DE LEÓN, L.; MANGIN, J. P. L.; BALLESTEROS, S. Psychosocial determinants of quality of life and active aging: a structural equation model. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 17, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176023>. Acesso em: 18 jun. 2024.

QUEISI, M. M.; ATALLAH-YUNES, S. A.; ADAMALI, F.; JONNALAGADDA, N.; RASTEGAR, V.; BRENNAN, M.; KAPOOR, A.; STEFAN, M. S. Frailty recognition by clinicians and its impact on advance care planning. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, [s. l.], v. 38, n. 4, p. 371-375, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909121995603>. Acesso em: 10 set. 2024.

RIJCKEVORSEL-SCHEELE, J. V.; WILLEMS, R. C.; ROELOFS, P. D.; KOPPELAAR, E.; GOBBENS, R. J.; GOUMANS, M. J. Effects of health care interventions on quality of life among frail elderly: a systematized review. **Clinical Interventions in Aging**, [s. l.], v. 14, p. 643-658, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/cia.s190425>. Acesso em: 4 nov. 2024.

RIPARDO, N. D.; BRITO, M. C. C. Iatrogenias em idosos hospitalizados: estudo exploratório-descritivo. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 98-104, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/bfTdYJnCYb8cG8NGzFbgkQk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2024.

RISAL, A.; MANANDHAR, S.; MANANDHAR, K.; MANANDHAR, N.; KUNWAR, D.; HOLEN, A. Quality of life and its predictors among aging people in urban and rural Nepal. **Quality of Life Research**, [s. l.], v. 29, n. 12, p. 3201-3212, dez. 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02593-4>. Acesso em: 4 nov. 2024.

ROCHA FILHO, I. B. M.; FRANCISCHETTO, L. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca dos direitos em saúde e assistência social.

**RECIMA21**, [s. l.], v. 3, n. 7, 2022. Disponível em:

<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1662>. Acesso em: 10 jul. 2024.

ROLFSON, D. B.; MAJUMDAR, S. R.; TSUYUKI, R. T.; TAHIR, A.; ROCKWOOD, K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and Ageing**, [s. l.], v. 35, p. 526-529, jun. 2006.

ROPPOLO, M.; MULASSO, A.; GOBBENS, R. J.; MOSSO, C. O.; RABAGLIETTI, E. A comparison between uni- and multidimensional frailty measures: prevalence, functional status, and relationships with disability. **Clinical Interventions in Aging**, [s. l.], v. 10, p. 1669-1678, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S92328>. Acesso em: 2 set. 2024.

SANGUINO, G. Z.; PREVIATO, G. F.; SILVA, A. F.; MEIRELES, V. C.; GÓES, H. L. F.; BALDISSERA, V. D. A. The nursing work in care of hospitalized elderly: limits and particularities. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 160-166, 2018. Disponível em:

[https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6015/pdf\\_1](https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6015/pdf_1). Acesso em: 10 maio 2024.

SANTOS, J. R. B.; MATHIAS, R. O. R. Resultados negativos associados ao uso de medicamentos em idosos com hipertensão e diabetes em Unidade Básica de Saúde de São Paulo. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 14183-14197, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-222>. Acesso em: 4 nov. 2024.

SANTOS, M. S.; AMARELLO, M. M.; VIGETA, S. M. G.; HORTA, A. L. M.; TANAKA, L. H.; SOUZA, K. M. J. Práticas integrativas e complementares: avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 22, p. 1-5, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/49638>. Acesso em: 4 nov. 2024.

SHEPHERD, H.; LIVINGSTON, G.; CHAN, J.; SOMMERLAND, A. Hospitalization rates and predictors in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. **BMC Medicine**, [s. l.], v. 17, n. 130, p. 1-13, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1186/s12916-019-1369-7>. Acesso em: 5 maio 2024.

SILVA, A.; ROSA, T. E. C.; BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S.; LOUVISON, M. C. P.; TEIXEIRA, D. S. C.; LEBRÃO, M. L. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise de coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>. Acesso em: 10 out. 2024.



SOUZA, J. C.; SANTOS, E. G. A.; SANTOS, A. L. S.; SANTOS, M. I. P. O.; FERNANDES, D. S.; OLIVEIRA, T. N. C. Qualidade de vida em idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 47-55, 2018. Disponível em: [https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232018000300006&script=sci\\_arttext](https://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232018000300006&script=sci_arttext). Acesso em: 5 maio 2024.

SOUZA JÚNIOR, E. V.; CRUZ, D. P.; SILVA, C. S.; ROSA, R. S.; SIQUEIRA, L. R.; SAWADA, N. O. Implications of self-reported fragility on the quality of life of older adults: a cross-sectional study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0040>. Acesso em: 10 out. 2024.

SOUZA JÚNIOR, E. V.; VIANA, E. R.; CRUZ, D. P.; SILVA, C. S.; ROSA, R. S. SIQUEIRA, L. R.; SAWADA, N. O. Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, n. 2, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>. Acesso em: 20 maio 2024.

STEFFL, M.; BOHANNON, R. W.; SONTAKOVA, L.; TUFANO, J. J.; SHIELLS, K.; HOLMEROVA, I. Relationship between sarcopenia and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Interventions in Aging**, [s. l.], v. 12, p. 835-345, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CIA.S132940>. Acesso em: 22 set. 2024.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [s. l.], v. 41, n. 10, p. 403-409, 1995. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K). Acesso em: 5 maio 2024.

THIENGO, P. C. S.; GOMES, A. M. T.; MERCÊS, M. C. C.; COUTO, P. L. S.; FRANÇA, L. C. M.; SILVA, A. N. Spirituality and religiosity in health care: an integrative review. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 24, e58692, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>. Acesso em: 25 maio 2024.

TREVISAN, C.; VERONESE, N.; MAGGI, S.; BAGGIO, G.; TOFFANELLO, E. D.; SARTORI, L.; MUSACCHIO, E.; PERISSINOTTO, E.; CREPALDI, G.; MANZATO, E.; SERGI, G. Factors influencing transitions between frailty states in elderly adults: the Progetto Veneto Anziani longitudinal study. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 65, n. 1, p. 179-184, 2017. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.14515>. Acesso em: 12 set. 2024.

UN. **World Population Prospects 2022**: data sources. New York : UN, 2022. Disponível em:

[https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pdf/files/undesa\\_pd\\_2022\\_wpp-data\\_sources.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pdf/files/undesa_pd_2022_wpp-data_sources.pdf). Acesso em: 22 jan. 2024.

VERLAAN, S.; LIGHTART-MELIS, G. C.; WIJERS, S. L. J.; CEDERHOLM, T.; MAIER, A. B.; VAN DER SCHUEREN, M. A. E. High prevalence of physical frailty among community-dwelling malnourished older adults: a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 18, n. 5, p. 374-382, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.074>. Acesso em: 20 set. 2024.

VIANA, A. G.; SAMPAIO, L. Qualidade de vida dos universitários em período de conclusão de curso. **Revista Multidisciplinar de Psicologia**, [s. l.], v. 13, n. 47, p. 1085-1096, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v13i47.2106>.

Acesso em: 10 abr. 2024.

WELSTEAD, M.; JENKINS, N. D.; RUSS, T. C.; LUCIANO, M.; MUNIZ-TERRERA, G. A systematic review of frailty trajectories: their shape and influencing factors.

**Gerontologist**, [s. l.], v. 61, n. 8, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1093/geront/gnaa061>. Acesso em: 5 maio 2024.

WHO. **Health situation and trend assessment - Elderly population**. New Delhi: WHO, 2019. Disponível em:

[http://www.searo.who.int/entity/health\\_situation\\_trends/data/chi/elderly-population/en/](http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/elderly-population/en/). Acesso em: 25 maio 2024.

WHO. **UN decade of healthy ageing: plan of action 2021-2030**. Madrid: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>.

Acesso em: 8 fev. 2024.

WHO. **World report on ageing and health**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/186463>. Acesso em: 7 abr. 2024.

XU, L.; LAN, X.; LOU, Y.; ENGSTROM, M. Associations between frailty, sociodemographic characteristics and quality-of-life among community-dwelling older adults: a cross-sectional study. **Nursing Open**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 2392-2405.

Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.1494>. Acesso em: 18 set. 2024.

**APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados sociodemográficos**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
Pesquisador Responsável: Glauce Pereira do Nascimento  
Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n, Bairro Santa  
Catarina  
CEP: 36.036-110 Juiz de Fora – MG Telefone: (32) 98861-2930  
E-mail: [glauce.nascimento@ebserh.gov.br](mailto:glauce.nascimento@ebserh.gov.br)

**QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO**

**Desenvolvido pela pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FRAGILIDADE DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO”.**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SETOR DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

FAZ TRATAMENTO DE SAÚDE PARA QUAIS DOENÇAS:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POSSUI ACOMPANHANTE?  SIM  NÃO

GÊNERO:  FEMININO  MASCULINO

COR/RAÇA:  BRANCA  PRETA  AMARELA

INDÍGENA       PARDA

ESTADO CIVIL:  CASADO(A)       SOLTEIRO(A)       UNIÃO ESTÁVEL  
 VIÚVO(A)       DIVORCIADO(A)

ESCOLARIDADE:  ANALFABETO       1 A 8 ANOS DE ESTUDO  
 9 A 12 ANOS DE ESTUDO       ACIMA DE 12 ANOS DE ESTUDO

OCUPAÇÃO:  APOSENTADO       APOSENTADO COM OCUPAÇÃO  
 PENSIONISTA       PENSIONISTA COM OCUPAÇÃO  
 DESEMPREGADO       EMPREGADO

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

RENDA FAMILIAR MENSAL:  MENOR QUE 1 SALÁRIO MÍNIMO  
 DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS  
 DE 4 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS  
 ACIMA DE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

MORADIA:  PRÓPRIA       ALUGADA

RESIDE COM:  COMPANHEIRO(A)       FILHO(A). QUANTOS? \_\_\_\_\_  
 NETO(A). QUANTOS? \_\_\_\_\_       GENRO/NORA  
 IRMÃO(Ã). QUANTOS? \_\_\_\_\_       SOZINHO(A)  
 OUTROS. ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_



RELIGIÃO:  CATÓLICA       EVANGÉLICA       ESPÍRITA       SEM RELIGIÃO  
 OUTRAS. QUAL? \_\_\_\_\_

PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA:  NÃO  
 SIM. COM QUE FREQUÊNCIA?  
 1 A 2 VEZES POR SEMANA  
 > DE 3 VEZES NA SEMANA

FUMANTE:  NÃO  EX-FUMANTE  
 SIM.  
SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_  
QUANTOS CIGARROS AO DIA:  1 A 10 CIGARROS  11 A 20 CIGARROS  
 ACIMA DE 20 CIGARROS

CONSUMO REGULAR DE BEBIDAS ALCOÓLICAS:  NÃO  SIM.  
SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_  
COM QUE FREQUÊNCIA?  1 VEZ SEMANA  2 A 3 VEZES SEMANA  
 >4 VEZES SEMANA

## APÊNDICE B – TCLE

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</b> Comitê de Ética em Pesquisa com Serres Humanos do HU-UFJF</p>	
---	--	---

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
 Pesquisador Responsável: Glauce Pereira do Nascimento  
 Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n, Bairro Santa Catarina  
 CEP: 36.036-110 Juiz de Fora – MG Telefone: (32) 98861-2930  
 E-mail: glauce.nascimento@ebserh.gov.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FRAGILIDADE DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO”**. Neste estudo pretendemos “avaliar a qualidade de vida e fragilidade de idosos internados no Hospital Universitário de Juiz de Fora”. A fragilidade pode acontecer causando mudanças no corpo, como por exemplo: maior chance de cair, perda de urina e risco maior internação, sendo um grande problema de saúde pública. O motivo que nos leva a estudar a qualidade de vida e a fragilidade do idoso internado é o baixo número de pesquisas realizadas nessa área, sendo importante desenvolver pesquisas que mostrem melhor a relação entre a qualidade de vida e fragilidade da pessoa idosa.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: o participante responderá aos questionários que serão entregues pelo pesquisador e depois essas informações serão analisadas pelo pesquisador. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em RISCOS mínimos, uma vez que o método e a técnica a serem utilizados durante o preenchimento dos questionários não inclui a realização de nenhuma ação ou intervenção. Há risco de vazamento de dados, mas o pesquisador guardará as informações de forma adequada, reduzindo esse risco. A pesquisa contribuirá para identificar fatores que alteram a qualidade de vida e fragilidade voltada aos idosos hospitalizados trazendo melhoria no cuidado dessas pessoas, de acordo com as necessidades identificadas.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Senhor (a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira

*Verão Maio 2021*

(Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA** e a outra será fornecida ao Senhor (a).

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo **"AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FRAGILIDADE DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO"**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

_____	_____
Nome e assinatura do (a) participante (a)	Data
_____	_____
Nome e assinatura do (a) pesquisador (a)	Data
_____	_____
Nome e assinatura da testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF:

Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina  
CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG

Telefone: 4009-5167

E-mail: [cep.hu@uff.edu.br](mailto:cep.hu@uff.edu.br)



## ANEXO A – Instrumento para avaliação da qualidade de vida



### WHOQOL-OLD

#### Instruções

ESTE INSTRUMENTO **NAO** DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM **EM CONJUNTO** COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

**O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?**

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

**Muito obrigado(a) pela sua colaboração!**

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old\_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old\_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old\_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old\_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old\_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old\_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old\_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old\_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

**Você TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?**

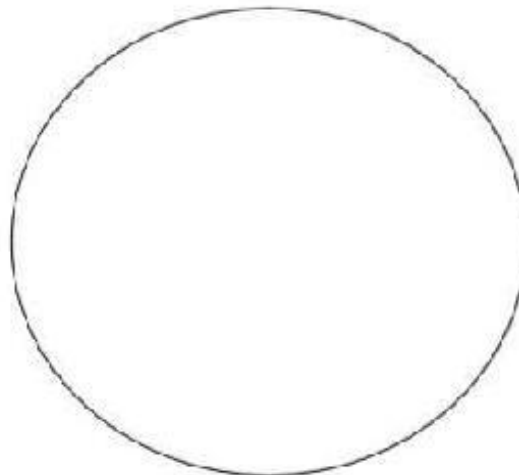
**OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## ANEXO B – Instrumento para avaliação da fragilidade

### ANEXO 5 – Edmonton Frail Scale

ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON		
Coluna B	x 1 pt =	Coluna C x 2 pt =
TOTAL DE PONTOS: ____ /17		
<p><b>INSTRUÇÕES:</b> Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na Coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na Coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na Coluna C. Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE</p>		
<p><b>L.1) Cognição.</b>  <b>TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR):</b> "Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluisse os ponteiros da forma a indicar "onze horas e dez minutos".</p> <p>(3) Aprovado      (1) Reprovado com erros mínimos      (2) Reprovado com erros significantes</p>		
<p><b>L.2-a) Estado Geral de Saúde.</b>          Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado (a)?</p> <p>(0) 0      (1) 1-2      (2) &gt;2</p>		
<p><b>L.2-b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa)</b></p> <p>(0) Excelente, (0) Muito boa (0) Boa</p> <p>(1) Razoável</p> <p>(2) Ruim</p>		
<p><b>L.3) Independência Funcional.</b>          Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?</p> <p>(0) 0-1      (1) 2-4      (2) 5-8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar Refeição</li> <li>• Transportar (locomoção de um lugar para outro)</li> <li>• Cuidar da Casa (limpar/arrumar casa)</li> <li>• Cuidar do dinheiro</li> <li>• Fazer Compras</li> <li>• Usar o Telefone</li> <li>• Lavar a Roupa</li> <li>• Tomar Remédios</li> </ul>		
<p><b>L.4) Apoio Social.</b>          Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda as suas necessidades?</p> <p>(0) Sempre      (1) Algumas vezes      (2) Nunca</p>		
<p><b>L.5) Uso de Medicamentos.</b>          Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e prescritos (pelo médico)?</p> <p>(0) Não      (1) Sim</p> <p>Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios?</p> <p>(0) Não      (1) Sim</p>		
<p><b>L.6) Nutrição.</b>          Recentemente, você tem perdido peso, da forma que suas roupas estão mais folgadas?</p> <p>(0) Não      (1) Sim</p>		
<p><b>L.7) Humor.</b>          Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência?</p> <p>(0) Não      (1) Sim</p>		
<p><b>L.8) Continência.</b>          Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?)</p>		

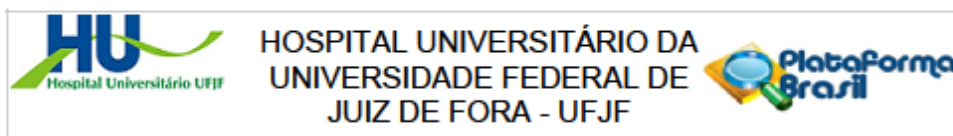
(0) Não      (1) Sim
L.9) Desempenho Funcional.
<p><b>FAVOR OBSERVAR:</b> PONTUE este item do teste como &gt; 20 segundos se:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste</li> <li>2 Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa de auxílio de outra pessoa.</li> </ol> <p><b>TESTE "LEVANTE E ANDE" CRONOMETRADO:</b> "Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando eu disser 'VÁ', por favor, fique em pé e ande normalmente até a marca no chão (aproximadamente 3 m de distância), volte para a cadeira e sente-se novamente". (Se for omitir este item, marque o item 3)</p> <p>(0) 0-10 seg.      (1) 11-20 seg.      (2) &gt;20 seg.</p> <p>TEMPO TOTAL: _____ segundos</p>



Pontuação da escala vai de 0 até 17

- 0-4 não apresenta fragilidade;
- 5-6 aparentemente vulnerável;
- 7-8 fragilidade leve;
- 9-10 fragilidade moderada;
- 11 ou mais fragilidade severa.

## ANEXO C – Parecer consubstanciado de aprovação



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FRAGILIDADE DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO.

**Pesquisador:** GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 06708523.1.0000.5133

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.907.208

#### Apresentação do Projeto:

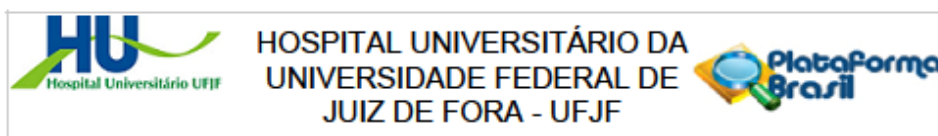
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_ 2040718.pdf, de 15/02/2023).

#### Introdução:

O envelhecimento populacional é encontrado mundialmente, especialmente em países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento. A população brasileira encontra-se em um processo de envelhecimento, apresentando redução das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida (OLIVEIRA, 2016). Tal transição demográfica vem ocorrendo de forma rápida e o envelhecimento envolve diversas dimensões como a biológica, cronológica, funcional, social e psicológica, podendo ocorrer uma redução global da capacidade de vida diária, aumento da vulnerabilidade e aumento do grau de dependência familiar, sendo necessária a criação de medidas eficazes que contribuam para uma melhoria na qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2017). O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde vem ganhando maior fundamentação teórica e metodológica através de avanços nas pesquisas realizadas nas últimas décadas. (VIANA & SAMPAIO, 2019). Para Boggartz (2015), qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo sobre o seu posicionamento na vida, nos contextos cultural e de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesse

**Endereço:** Rua Catulo Breviglieri, s/n  
**Bairro:** Santa Catarina **CEP:** 36.036-110  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)4009-5167 **E-mail:** cep.hu@ufjf.br





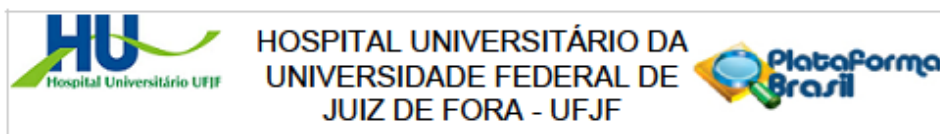
Continuação do Parecer: 5.907.208

cenário, inúmeros fatores podem resultar em eventos adversos à saúde, reduzindo a qualidade de vida, dentre eles, a fragilidade, sendo conceituada como uma síndrome de origem biológica que resulta em queda de reserva e resistência a estressores resultantes do declínio de diversos sistemas fisiológicos, provocando vulnerabilidade e efeitos adversos (HOOGENDIJK et al., 2019). A Organização Mundial da Saúde (2015), ressalta que envelhecimento saudável pode ser compreendido como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, permitindo aprimoramento das condições de saúde, participação e segurança, com o intuito na melhoria da qualidade de vida conforme o envelhecimento dos indivíduos. O principal objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todos os que estão em processo de envelhecimento, inclusive os indivíduos em situação de fragilidade, fisicamente incapacitados e que necessitam de cuidados (OMS, 2015). De acordo com Hoogendijk et al. (2019), o idoso frágil possui elevado risco de eventos adversos em sua saúde, corroborando a necessidade de aprofundamento no tema, possibilitando a aquisição de conhecimentos acerca da qualidade de vida e sua relação com a fragilidade em idosos hospitalizados. Existe uma carência de estudos brasileiros que avaliam a fragilidade do idoso no âmbito hospitalar, justificando assim o desenvolvimento de pesquisas que contribuam para a compreensão desse fenômeno, bem como a avaliação e a intervenção necessária em idosos considerados frágeis. A atuação no âmbito hospitalar permite ao profissional de enfermagem uma convivência mais prolongada com idosos que se encontram internados, permitindo assim uma maior interação indivíduo-enfermeiro, dando subsídios para assistir ao idoso em suas mais variadas dimensões, sejam elas físicas, psíquicas, sociais e espirituais, promovendo uma assistência integral, individualizada e de qualidade. Diante do exposto, emergem questões de suma importância para o avanço da pesquisa no âmbito da saúde do idoso, englobando um aprofundamento nas questões que envolvem os fatores de risco envolvidos na diminuição da qualidade de vida dessa população, bem como a identificação da relação entre a qualidade de vida apresentada e a presença de fragilidade.

#### Metodologia Proposta:

Trata-se de estudo quantitativo, do tipo transversal. A pesquisa será realizada com idosos hospitalizados nas Unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). Inicialmente, será aplicado um questionário, a ser desenvolvido pelo pesquisador, para avaliação sociodemográfica dos participantes. Para avaliação da qualidade de vida, serão aplicados dois instrumentos: um mais amplo intitulado de World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF), validado no Brasil e composto por

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n  
 Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)4009-5167 E-mail: cep.hu@uff.br



Continuação do Parecer: 5.907.208

quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente) (Fleck et al., 2000), e outro específico para idosos, nomeado de World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD), adaptado para o Brasil e composto por seis dimensões (funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades do passado, presente e futuro; participação social; morte e morrer e intimidade) (Fleck et al., 2006). A fragilidade do idoso será mensurada através do instrumento denominado de Edmonton Frail Scale (EFS) de caráter multidimensional validado e adaptado culturalmente para o Português do Brasil, a EFS avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009).

**Critério de Inclusão:**

Os critérios de inclusão serão: homens e mulheres com idade igual ou maior a 60 anos, que se encontrem internados há pelo menos 24 horas nos setores supracitados e que aceitem participar do estudo, mediante o repasse de informações acerca da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após todos os esclarecimentos cabíveis.

**Critério de Exclusão:**

Os critérios de exclusão serão: idosos em cuidados paliativos, que estejam internados há menos de 24 horas, que não possuam capacidade de responder à pesquisa e que não concordem em participar do estudo.

**Hipótese:**

Idosos frágeis apresentam qualidade de vida mais baixa do que idosos não-frágeis.

**Objetivo da Pesquisa:**

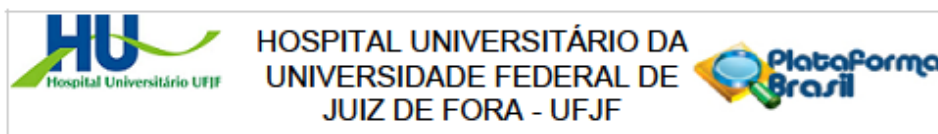
**Objetivo Primário:**

Avaliar a qualidade de vida e fragilidade de idosos hospitalizados de uma Instituição de Ensino.

**Objetivo Secundário:**

Traçar o perfil sociodemográfico do idoso hospitalizado para contribuir na implantação de plano de assistência de enfermagem. Identificar os fatores que contribuem para a melhoria/redução da qualidade de vida de idosos hospitalizados. Analisar os fatores que contribuem para ocorrência de fragilidade em idosos hospitalizados. Correlacionar a qualidade de vida com presença de

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n  
 Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)4009-5167 E-mail: cep.hu@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.907.208

fragilidade no idoso.

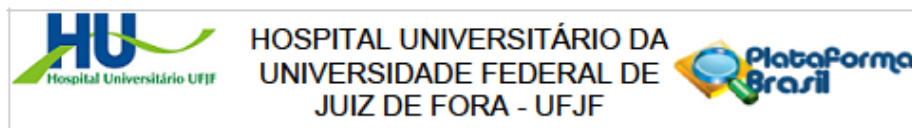
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Conforme Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos, a coleta de dados só terá início após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP HU-UFJF). De acordo com essa Resolução, todos os participantes serão devidamente informados acerca do estudo e só participarão após compreenderem e concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será disponibilizado pelo pesquisador e devidamente assinado pelos participantes e pesquisadores envolvidos no estudo. Será garantido o sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa durante todo o processo de elaboração e publicação do estudo. Os participantes serão devidamente informados acerca dos objetivos pretendidos com a pesquisa, bem como o direito de interromper a participação em qualquer etapa do processo, sem qualquer prejuízo ao participante. Há risco de vazamento de dados, no entanto o pesquisador tomará medidas que minimizem esse risco, acondicionando e arquivando as informações de forma adequada e permitindo a privacidade dos dados através da não identificação do participante. O método e a técnica que serão utilizados durante o estudo não incluem realização de intervenções, sendo utilizadas apenas técnicas comunicacionais através de abordagem do pesquisador na coleta de dados estruturada. No entanto, tal abordagem pode fragilizar emocionalmente os participantes devido à exposição de informações que possam desencadear inúmeros sentimentos durante a entrevista, sendo oferecido atendimento humanizado e escuta qualificada sempre que necessário, minimizando os possíveis riscos emocionais. Os resultados da pesquisa serão divulgados seguindo os critérios absolutos de sigilo/anonimato, o nome do participante não estará visível e não será identificado nas publicações. Sua identidade será resguardada com padrões profissionais de sigilo, ou seja, o nome não será revelado ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua devida permissão. O participante não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desta pesquisa. Todo o material contendo informações escritas sobre a pesquisa ficará arquivado sobre a responsabilidade da pesquisadora Glauce Pereira do Nascimento durante cinco anos, em seu arquivo pessoal e após este tempo será destruído.

**Benefícios:**

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n	CEP: 36.036-110
Bairro: Santa Catarina	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5167	E-mail: cep.hu@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.907.208

Não serão oferecidos quaisquer benefícios diretos ou imediatos aos participantes da pesquisa. Todavia, os dados coletados durante a pesquisa fornecerão subsídios para avaliar a qualidade de vida e fragilidade voltada aos idosos hospitalizados, fornecendo informações necessárias para contribuir na construção de políticas e planos de ação que incentivem o envelhecimento ativo desse público-alvo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo realizado em um único centro, nacional, observacional, transversal.

Patrocinador: próprio pesquisador.

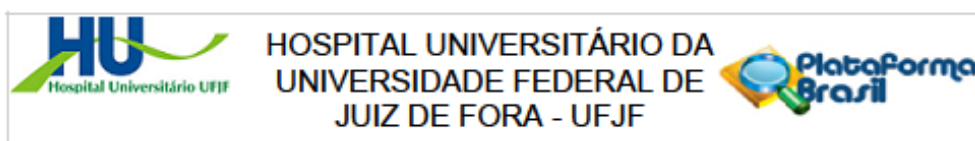
Tamanho da amostra: 100 participantes

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento e instrumentos de coleta de dados. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O orçamento lista os custos da pesquisa e o patrocinador responsável conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI – c.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de 5 anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n	CEP: 36.036-110
Bairro: Santa Catarina	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5167	E-mail: cep.hu@ufjf.br



Continuação do Parecer: 5.507.208

**DECLARAÇÃO** de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Análise de resposta ao parecer pendente nº 5.889.143 emitido pelo CEP em 12/02/2023:

1. A folha de rosto encontra-se com o preenchimento no item do responsável pela instituição proponente de forma manual, onde o número de identificação (SIAPE) do superintendente substituto não confere com o número real. Deste modo, as informações deverão ser corrigidas.

RESPOSTA: uma nova folha de rosto foi gerada com os dados inseridos corretamente.

ANÁLISE: pendência atendida.

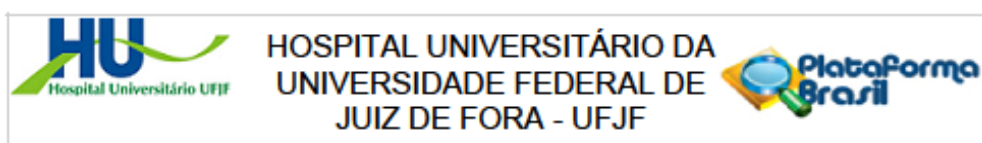
Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2040718.pdf	15/02/2023 18:04:43		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_atualizada.pdf	15/02/2023 18:03:19	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	03_PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	19/01/2023 20:44:25	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	07_TERMOS_CONFIDENCIALIDADE_SIGILO.pdf	19/01/2023 20:35:01	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	06_2_COMPROVANTE_ATUALIZACAO_LATTES_GLAUCE.pdf	19/01/2023 20:34:13	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	06_1_COMPROVANTE_ATUALIZACAO_LATTES_ELENIR.pdf	19/01/2023 20:33:39	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	02_CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO.pdf	19/01/2023 20:32:35	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n  
 Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)4009-5167 E-mail: cep.hu@uff.br



Continuação do Parecer: 5.907.208

Outros	01_CARTA_ANUENCIA.pdf	19/01/2023 20:32:18	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	WHOQOL_OLD_BREF.pdf	19/01/2023 20:27:43	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	EDMONTON_FRAIL_SCALE.pdf	19/01/2023 20:26:58	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SOCIO_DEMOGRAFI CO.pdf	19/01/2023 20:26:30	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	04_TCLE.pdf	19/01/2023 20:24:43	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	05_PLANILHA_ORCAMENTO_DETALH ADO.pdf	19/01/2023 20:23:40	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/01/2023 20:22:59	GLAUCE PEREIRA DO NASCIMENTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 23 de Fevereiro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Valquiria Pereira de Medeiros**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n  
 Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)4009-5167 E-mail: cep.hu@uff.br