

Síndrome da fragilidade em pessoas idosas institucionalizadas no Brasil: prevalência, componentes, fatores associados e implicações para o cuidado de longa duração

Frailty syndrome in institutionalized older adults in Brazil: prevalence, components, associated factors, and implications for long-term care

Síndrome de fragilidad en personas mayores institucionalizadas en Brasil: prevalencia, componentes, factores asociados e implicaciones para los cuidados de larga duración

 Yeda Aparecida Oliveira Duarte¹,  Helena Akemi Wada Watanabe¹,  Janine Melo de Oliveira²
 Karla Cristina Giacomini³

Recebido: 13/07/2026 Aceito: 08/09/2026 Publicado: 27/10/2026

Resumo:

Objetivo: analisar a prevalência, os componentes, os fatores associados e os desfechos da síndrome da fragilidade em pessoas idosas institucionalizadas de longa duração nas cinco regiões brasileiras. **Método:** estudo transversal, descritivo e analítico, com 4.166 residentes. A coleta ocorreu entre 2015 e 2018. A fragilidade foi mensurada por instrumento autorreferido validado no Brasil, baseado no fenótipo de Fried: perda de peso não intencional, fadiga, redução de força, lentificação da caminhada e baixa atividade física. A classificação original foi não frágil (0 componentes), pré-frágil (1–2) e frágil (≥ 3). Para os modelos logísticos, pré-frágeis e frágeis foram reunidos na categoria "com fragilidade" (≥ 1 componente). Foram ajustados modelos regionais de regressão logística. **Resultados:** a proporção de pessoas com ao menos um componente de fragilidade variou de 81,3% a 85,7%. Pela classificação fenotípica original, a fragilidade (≥ 3 componentes) variou de 43,5% no Norte a 52,2% no Sudeste, enquanto a pré-fragilidade variou de 30,4% a 42,1%. O componente mais frequente foi lentificação da caminhada (65,5%–72,2%), seguido de baixa atividade física (47,7%–58,8%). Dependência funcional associou-se à categoria "com fragilidade" em todas as regiões, com OR entre 3,61 e 12,57. Multimorbidade e sintomas depressivos apresentaram associações no Nordeste e Centro-Oeste; idade ≥ 80 anos, no Sul; maior tempo de institucionalização, no Centro-Oeste; e hospitalização, no Centro-Oeste e Sudeste. **Conclusão:** a fragilidade foi altamente prevalente e apresentou heterogeneidade regional nos fatores associados. A associação consistente com dependência funcional reforça a necessidade de rastreamento periódico, avaliação multidimensional e intervenções multicomponentes. Os programas estruturados de exercício podem melhorar fragilidade, função física e cognição mesmo em residentes de *Nursing Homes*, sustentando a incorporação de estratégias preventivas e reabilitadoras ao cuidado institucional.

Palavras-chave: Idoso fragilizado; Fragilidade; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Prevalência; Assistência de longa duração; Avaliação geriátrica.

Abstract:

Objective: to analyze the prevalence, components, associated factors, and outcomes of frailty syndrome among older adults in long-term care institutions across the five Brazilian regions. **Methods:** a cross-sectional, descriptive, and analytical study involving 4,166 residents. Data collection took place between 2015 and 2018. Frailty was measured using a self-reported instrument, validated in Brazil, based on the Fried phenotype: unintentional weight loss, fatigue, reduced strength, slow walking speed, and low physical activity. The original classification categorized individuals as non-frail (0 components), pre-frail (1–2 components), and frail (≥ 3 components). For the logistic regression models, pre-frail and frail individuals were grouped into a single category: "with frailty" (≥ 1 component). Regional logistic regression models were adjusted. **Results:** the proportion of individuals with at least one frailty component ranged from 81.3% to 85.7%. According to the original phenotypic classification, frailty (≥ 3 components) ranged from 43.5% in the North region to 52.2% in the Southeast region, while pre-frailty ranged from 30.4% to 42.1%. The most frequent component was slow walking speed (65.5%–72.2%), followed by low physical activity (47.7%–58.8%). Functional dependence was associated with the "with frailty" category in all regions, with odds ratios (OR) ranging from 3.61 to 12.57. Multimorbidity and depressive symptoms showed associations in the Northeast and Central-West regions; age ≥ 80 years was associated in the South region; longer duration of institutionalization in the Central-West region; and hospitalization in the Central-West and Southeast regions. **Conclusion:** frailty was highly prevalent, with regional heterogeneity in the associated factors. Its consistent association with functional dependence underscores the need for periodic screening, multidimensional assessment, and multicomponent interventions. Structured exercise programs can improve frailty, physical function, and cognition – even among nursing home residents – supporting the integration of preventive and rehabilitative strategies into institutional care.

Keywords: Frail Elderly; Frailty; Homes for the Aged; Prevalence; Long-Term Care; Geriatric assessment.

Resumen:

Objetivo: Analizar la prevalencia, los componentes, los factores asociados y los desenlaces del síndrome de fragilidad en personas mayores institucionalizadas en centros de larga estancia de las cinco regiones de Brasil. **Método:** Estudio transversal, descriptivo y analítico, con 4.166 residentes. La recopilación de datos se realizó entre 2015 y 2018. La fragilidad se midió mediante un instrumento de autoinforme validado en Brasil, basado en el fenotipo de fragilidad de Fried: pérdida de peso involuntaria, fatiga, disminución de la fuerza, velocidad de la marcha reducida y bajo nivel de actividad física. La clasificación original fue: no frágil (0 componentes), prefrágil (1–2 componentes) y frágil (≥ 3 componentes). Para los modelos de regresión logística, las personas prefrágiles y frágiles se agruparon en la categoría «con fragilidad» (≥ 1 componente). Se ajustaron modelos regionales de regresión logística. **Resultados:** La proporción de personas con al menos un componente de fragilidad osciló entre el 81,3 % y el 85,7 %. Según la clasificación fenotípica original, la fragilidad (≥ 3 componentes) osciló entre el 43,5 % en el Norte y el 52,2 % en el Sudeste, mientras que la prefragilidad osciló entre el 30,4 % y el 42,1 %. El componente más frecuente fue la velocidad de la marcha reducida (65,5 %–72,2 %), seguido del bajo nivel de actividad física (47,7 %–58,8 %). La dependencia funcional se asoció con la categoría «con fragilidad» en todas las regiones, con odds ratios (OR) de entre 3,61 y 12,57. La multimorbilidad y los síntomas depresivos mostraron asociaciones en el Nordeste y el Centro-Oeste; la edad ≥ 80 años, en el Sur; un mayor tiempo de institucionalización, en el Centro-Oeste; y la hospitalización, en el Centro-Oeste y el Sudeste. **Conclusión:** La fragilidad presentó una elevada prevalencia y los factores asociados mostraron heterogeneidad regional. La asociación consistente con la dependencia funcional refuerza la necesidad de realizar cribados periódicos, evaluaciones multidimensionales e intervenciones multicomponente. Los programas estructurados de ejercicio pueden mejorar la fragilidad, la función física y la cognición incluso en residentes de centros residenciales para personas mayores, lo que respalda la incorporación de estrategias preventivas y reabilitadoras a la atención institucional.

Palabras clave: Anciano frágil; Fragilidad; Hogares para ancianos; Prevalencia; Cuidados a Largo Plazo; Evaluación geriátrica.

Autor Correspondente: Yeda Aparecida Oliveira Duarte – yedaenf@usp.br

1. Universidade de São Paulo. São Paulo/SP, Brasil

2. Universidade Federal de Alagoas. Maceió/AL, Brasil

3. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte/MG, Brasil

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional amplia o número de pessoas que vivem com múltiplas condições crônicas, declínio funcional e necessidade de apoio de longa duração. Nesse cenário, a fragilidade tornou-se conceito central na atenção gerontológica por expressar redução da reserva fisiológica e da capacidade de responder a estressores, aumentando a vulnerabilidade a quedas, incapacidade, hospitalização, institucionalização e morte¹.

A fragilidade não deve ser confundida com idade avançada, multimorbidade ou incapacidade, embora essas condições frequentemente coexistam. Entre os modelos mais utilizados está o fenótipo proposto por Fried *et al.*, composto por perda de peso não intencional, exaustão, baixa atividade física, lentidão da marcha e redução da força; indivíduos com um ou dois componentes são considerados pré-frágeis e aqueles com três ou mais, frágeis^{1,2}.

A prevalência de fragilidade depende do instrumento, ponto de corte e cenário assistencial. Metanálise clássica em *nursing homes* estimou prevalência agrupada de 52,3% de fragilidade e 40,2% de pré-fragilidade, indicando que apenas pequena parcela dos residentes se encontrava fora do espectro da síndrome. Revisão sistemática e metanálise de 2024 confirmou maior prevalência em *nursing homes* do que na comunidade e associação com baixa capacidade para atividades de vida diária, inatividade física, doenças crônicas, depressão, pior sono e pior percepção de saúde^{3,4}.

O conhecimento contemporâneo também amplia a fragilidade para além da dimensão exclusivamente física. A fragilidade cognitiva, caracterizada pela coexistência de fragilidade física e comprometimento cognitivo, tem sido associada a desfechos adversos. Metanálise publicada em 2025 estimou prevalência agrupada de fragilidade cognitiva de 22% em *nursing homes*, e outra metanálise mostrou que essa condição aumenta o risco de hospitalização^{5,6}.

Apesar da alta carga de vulnerabilidade nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), a fragilidade não é necessariamente irreversível. Metanálises recentes mostram que intervenções estruturadas com exercício melhoram medidas de fragilidade e função física em residentes de cuidados de longa duração. Em 2026, revisão de 20 ensaios clínicos com 1.701 residentes encontrou melhora significativa da fragilidade, da função física e da cognição, com resultados especialmente favoráveis em programas sustentados e realizados pelo menos três vezes por semana⁷⁻⁹.

No Brasil, as ILPIs cadastradas no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) acolhem predominantemente pessoas em situação de vulnerabilidade social e de saúde. O estudo nacional das condições sociodemográficas e epidemiológicas de residentes dessas instituições

permitiu avaliar, em todas as regiões, componentes do fenótipo de fragilidade e investigar fatores associados e desfechos¹⁰⁻¹².

Uma análise específica dos dados foi desenvolvida, se utilizando instrumento autorreferido validado por Nunes *et al.* e baseado no fenótipo de Fried. Essa análise torna possível avançar além dos marcadores indiretos e quantificar diretamente a distribuição dos componentes e categorias de fragilidade na população estudada^{2,13}.

A compreensão contemporânea da fragilidade deslocou-se de uma visão dicotômica para um modelo de trajetória. Robustez, pré-fragilidade, fragilidade e incapacidade representam estados relacionados, porém não necessariamente lineares ou irreversíveis. Transições podem ocorrer em ambas as direções e são influenciadas por eventos agudos, doenças crônicas, nível de atividade física, nutrição, cognição, depressão, ambiente e qualidade do cuidado. Essa perspectiva é especialmente relevante nas ILPIs, nas quais a exposição cotidiana ao cuidado pode tanto proteger quanto acelerar perdas funcionais^{1,14}.

Do ponto de vista fisiopatológico, a fragilidade resulta de alterações multissistêmicas. Sarcopenia, inflamação crônica de baixo grau, disfunção neuroendócrina, menor eficiência energética, desregulação imune e redução da capacidade de manutenção da homeostase interagem com doenças e fatores psicossociais. O resultado é a redução da reserva necessária para recuperar-se de estressores aparentemente pequenos. Em uma pessoa robusta, uma infecção ou um breve período de repouso pode produzir impacto transitório; em uma pessoa frágil, o mesmo evento pode desencadear *delirium*, perda da marcha, hospitalização e nova dependência^{1,15}.

No ambiente institucional, essa vulnerabilidade assume caráter particularmente complexo. A ILPI não é apenas o local em que a fragilidade é observada, mas parte do contexto no qual sua trajetória se desenvolve. Rotinas excessivamente protetoras, baixa mobilidade espontânea, restrição de escolhas, ausência de exercício estruturado e substituição do residente em atividades que ainda seria capaz de realizar podem favorecer descondicionamento. Em contrapartida, ambientes que promovem mobilidade, participação, nutrição adequada, estimulação cognitiva e reabilitação podem preservar capacidade e reduzir progressão^{4,16}.

Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência, os componentes, os fatores associados e os desfechos da síndrome da fragilidade em pessoas idosas institucionalizadas de longa duração nas cinco regiões brasileiras.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo e analítico, de abordagem quantitativa, utilizando dados do projeto nacional “*Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos registradas no Censo SUAS*”¹⁰.

A base institucional derivou do Censo SUAS de 2014. A etapa de residentes utilizou amostragem por conglomerados em dois estágios. Foram selecionadas ILPIs nas cinco regiões brasileiras e, em cada instituição participante, sorteados até 20 residentes. Ao final do campo, 4.250 pessoas idosas haviam sido avaliadas. Para a análise de fragilidade, foram excluídos 84 participantes com dados incompletos nos componentes do instrumento, resultando em amostra analítica de 4.166 residentes: 729 no Norte, 873 no Nordeste, 842 no Centro-Oeste, 904 no Sul e 818 no Sudeste¹⁰.

A coleta ocorreu presencialmente entre 2015 e 2018 por equipes treinadas. As entrevistas eram respondidas pelos residentes ou, diante de limitações físicas ou cognitivas que impediam resposta direta, por informante substituto. Entre 53,0% e 65,0% das entrevistas, conforme a região, utilizaram *proxy*¹⁰.

A variável dependente foi mensurada por instrumento de rastreamento autorreferido validado para pessoas idosas brasileiras por Nunes *et al.*, baseado no fenótipo de Fried. Foram considerados cinco componentes: (1) perda de peso não intencional superior a 3kg nos 12 meses anteriores; (2) fadiga, definida por respostas indicativas de frequência elevada em pelo menos uma de duas questões derivadas da CES-D; (3) redução autorreferida da força nos últimos 12 meses; (4) redução da velocidade da caminhada, incluindo relato de caminhar mais devagar, estar acamado ou usar cadeira de rodas; e (5) redução do nível de atividade física em comparação com 12 meses antes^{2,13}.

Segundo a classificação fenotípica original, participantes com nenhum componente foram classificados como não frágeis; aqueles com um ou dois componentes, pré-frágeis; e aqueles com três ou mais, frágeis. Para os modelos de regressão logística do estudo derivado, a variável foi dicotomizada em “não frágil” (0 componentes) e “com fragilidade” (≥ 1 componente), reunindo pré-fragilidade e fragilidade. Esta opção analítica deve ser considerada na interpretação da prevalência de 81,3% a 85,7%, que representa a presença de pelo menos um componente e não exclusivamente fragilidade fenotípica estabelecida².

As variáveis independentes foram sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de institucionalização, recebimento de visitas, quantidade de morbididades e sintomas depressivos. Sintomas depressivos foram avaliados pela GDS-5 e multimorbidade foi definida como duas ou mais doenças crônicas¹⁰.

Os desfechos analisados foram: estado funcional, quedas e hospitalização. O estado funcional foi classificado a partir de atividades básicas de vida diária: atravessar um cômodo, vestir-se, tomar banho, alimentar-se, deitar-se/levantar-se da cama e utilizar o vaso sanitário. Foram considerados dependentes os participantes que necessitavam de ajuda ou eram incapazes de realizar pelo menos uma atividade. Quedas e hospitalizações referiram-se aos 12 meses anteriores¹⁰.

A análise descritiva foi realizada no Stata 15. Os modelos de regressão logística foram construídos no R 4.4.1, com a função glm da biblioteca stats, considerando cinco modelos independentes, um para cada região. Os efeitos foram expressos em *Odds Ratios* (OR) e intervalos de confiança de 95%¹⁰.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sob número CAAE 44953415.6.0000.542110.

RESULTADOS

Foi considerado 4.166 residentes. Houve predomínio masculino em quatro regiões; já no Nordeste, 62,1% dos residentes eram mulheres. A faixa de 80 anos ou mais foi a mais frequente no Norte (45,7%), Nordeste (50,5%) e Sudeste (40,7%), enquanto Centro-Oeste e Sul apresentaram distribuição mais equilibrada entre 70-79 e 80 anos ou mais (Tabela 1).

Entre 44,0% e 55,7% não haviam frequentado escola. O tempo de institucionalização mais frequente foi de um a quatro anos, variando de 39,5% a 45,7%. A maioria recebia visitas regularmente. A multimorbidade esteve presente em 54,3% a 59,4%. A dependência funcional variou de 55,6% no Centro-Oeste a 68,3% no Nordeste. Quedas nos 12 meses anteriores ocorreram em 21,8% a 24,3%, e hospitalizações em 14,8% a 19,3% (Tabela 1).

Tabela 1. Características selecionadas das pessoas idosas institucionalizadas, por região do Brasil, 2015-2018.

Característica (%)	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
Masculino	59,5	37,9	61,9	51,9	51,8
Idade ≥80 anos	45,7	50,5	37,3	36,4	40,7
Não frequentou escola	53,8	51,5	55,7	47,3	44,0
Recebe visitas	64,9	79,4	77,6	75,6	72,0
Sintomas depressivos	44,5	45,1	30,2	39,5	50,0
Multimorbidade	59,4	54,3	57,4	56,5	57,0
Dependência funcional	62,8	68,3	55,6	65,1	61,1
Queda nos últimos 12 meses	24,3	21,8	22,0	22,6	21,9
Hospitalização nos últimos 12 meses	18,3	14,8	18,3	19,3	17,2

A lentificação da caminhada foi o componente mais frequente em todas as regiões, variando de 65,5% no Sudeste a 72,2% no Nordeste. A baixa atividade física foi o segundo componente mais frequente, entre 47,7% e 58,8%. Redução de força variou de 40,8% a 48,3%; fadiga, de 34,2% a 49,7%; e perda de peso não intencional, de 30,4% a 38,0% (Tabela 2).

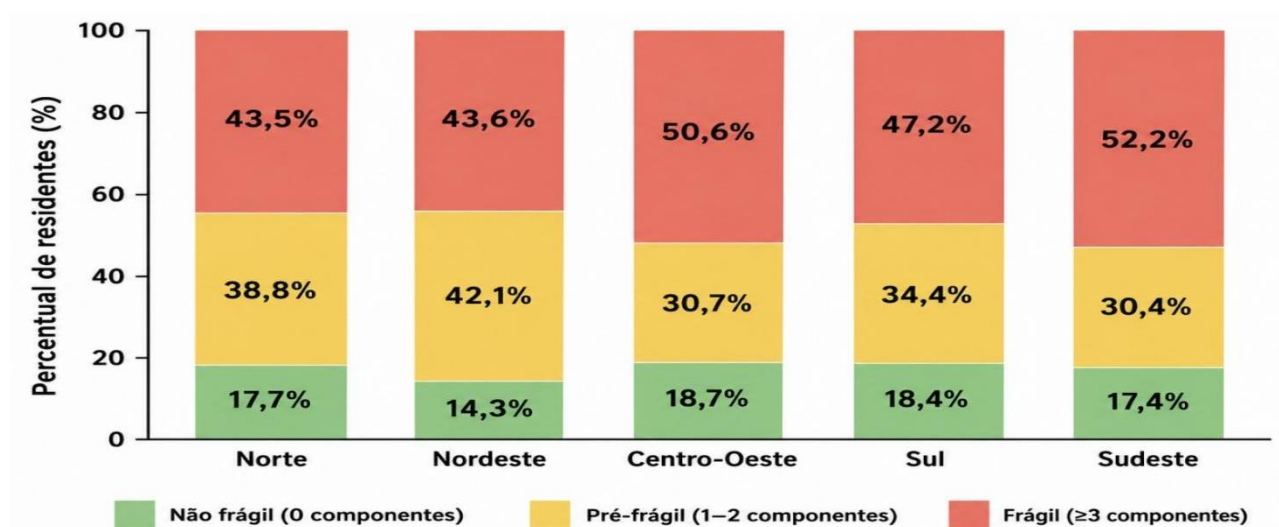
Na dicotomização utilizada nos modelos, a presença de pelo menos um componente – denominada “com fragilidade” no estudo derivado – variou de 81,3% no Centro-Oeste a 85,7% no Nordeste.

Quando aplicada a classificação original do fenótipo, a prevalência de fragilidade estabelecida, definida por três ou mais componentes, foi 43,5% no Norte, 43,6% no Nordeste, 50,6% no Centro-Oeste, 47,2% no Sul e 52,2% no Sudeste. A pré-fragilidade variou de 30,4% no Sudeste a 42,1% no Nordeste. Pessoas sem componentes representaram apenas 14,3% a 18,7% nas regiões (Figura 1).

Tabela 2. Componentes e categorias de fragilidade das pessoas idosas institucionalizadas, por região do Brasil, 2015-2018.

Componente/categoria (%)	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sul	Sudeste
Perda de peso	34,8	33,0	31,1	30,4	38,0
Fadiga	34,2	36,6	36,3	46,1	49,7
Redução da força	40,8	43,5	48,3	45,7	47,7
Velocidade reduzida	67,7	72,2	68,5	66,1	65,5
Baixa atividade física	47,7	50,2	55,1	54,9	58,8
Não frágil (0)	17,7	14,3	18,7	18,4	17,4
Pré-frágil (1-2)	38,8	42,1	30,7	34,4	30,4
Frágil (≥ 3)	43,5	43,6	50,6	47,2	52,2
≥ 1 componente	82,3	85,7	81,3	81,6	82,6

Figura 1. Categorias de fenótipo de fragilidade segundo região das pessoas idosas institucionalizadas. Brasil, 2015-2018.



A dependência funcional foi a única variável associada à categoria “com fragilidade” em todas as regiões. As magnitudes foram elevadas: Norte OR=8,86 (IC95% 2,81–27,94); Nordeste OR=12,57 (4,63–34,09); Centro-Oeste OR=4,15 (2,35–7,33); Sul OR=5,81 (3,50–9,65); e Sudeste OR=3,61 (1,98–6,59) (Tabela 3).

No Nordeste, multimorbidade apresentou OR=4,89 (1,27–18,88) e sintomas depressivos OR=2,99 (1,16–7,69). Ter frequentado escola apresentou OR=0,33 (0,12–0,92), resultado que deve ser interpretado com cautela diante de dados ausentes e particularidades do indicador.

No Centro-Oeste, institucionalização por cinco a nove anos (OR=3,60; 1,29–10,06) e por dez anos ou mais (OR=2,83; 1,05–7,64), presença de uma morbididade (OR=2,42; 1,11–5,28), multimorbidade (OR=2,28; 1,11–4,66), sintomas depressivos (OR=2,47; 1,32–4,61) e hospitalização (OR=3,27; 1,32–8,07) apresentaram associação (Tabela 3).

No Sul, idade igual ou superior a 80 anos associou-se à categoria “com fragilidade” (OR=2,33; 1,24–4,39). No Sudeste, hospitalização apresentou OR=3,19 (1,16–8,80). Sexo, recebimento de visitas e quedas não mostraram associação estatisticamente significativa em nenhuma das regiões (Tabela 3).

Tabela 3. Associações estatisticamente significativas nos modelos regionais de regressão logística para presença de ≥ 1 componente de fragilidade. Brasil, 2015-2018.

Região	Variável	OR	IC95%	p
Norte	Dependência funcional	8,86	2,81–27,94	<0,001
Nordeste	Frequentou escola	0,33	0,12–0,92	<0,05
Nordeste	Multimorbidade	4,89	1,27–18,88	<0,05
Nordeste	Sintomas depressivos	2,99	1,16–7,69	<0,05
Nordeste	Dependência funcional	12,57	4,63–34,09	<0,001
Centro-Oeste	Tempo 5–9 anos	3,60	1,29–10,06	<0,05
Centro-Oeste	Tempo ≥ 10 anos	2,83	1,05–7,64	<0,05
Centro-Oeste	1 morbididade	2,42	1,11–5,28	<0,01
Centro-Oeste	Multimorbidade	2,28	1,11–4,66	<0,05
Centro-Oeste	Sintomas depressivos	2,47	1,32–4,61	<0,01
Centro-Oeste	Dependência funcional	4,15	2,35–7,33	<0,001
Centro-Oeste	Hospitalização	3,27	1,32–8,07	<0,05
Sul	Idade ≥ 80 anos	2,33	1,24–4,39	<0,01
Sul	Dependência funcional	5,81	3,50–9,65	<0,001
Sudeste	Dependência funcional	3,61	1,98–6,59	<0,001
Sudeste	Hospitalização	3,19	1,16–8,80	<0,05

DISCUSSÃO

Este estudo demonstra uma carga muito elevada de fragilidade entre pessoas idosas institucionalizadas nas cinco regiões brasileiras. Entretanto, é fundamental distinguir dois resultados: a proporção de 81,3% a 85,7% corresponde à presença de pelo menos um componente do fenótipo, porque a análise logística agregou pré-frágeis e frágeis; já a

prevalência de fragilidade estabelecida, definida pelo critério original de três ou mais componentes, variou de 43,5% a 52,2%. Essa distinção melhora a comparabilidade com a trabalhos internacionais e evita superestimação conceitual da síndrome^{3,4}.

A Figura 2 apresenta um modelo conceitual da síndrome da fragilidade e seus desfechos adversos e as possíveis intervenções com vistas à sua prevenção ou piora e de e seus desfechos adversos.

Figura 2. Pessoas idosas e pontos de intervenção para rompimento do ciclo de fragilidade.



Fonte: elaboração das autoras

Fragilidade como estado dinâmico e multidimensional

A elevada prevalência encontrada deve ser interpretada no contexto de um conceito que é simultaneamente clínico, funcional e prognóstico. A fragilidade não equivale à soma de doenças, nem à dependência funcional já instalada. Ela expressa redução de reserva e perda de capacidade adaptativa. Por isso, duas pessoas com a mesma idade e número semelhante de diagnósticos podem apresentar respostas completamente distintas diante do mesmo estressor. Essa heterogeneidade fundamenta a necessidade de avaliação individualizada e impede que idade cronológica seja utilizada como substituto da condição de fragilidade^{1,4}.

Bases fisiopatológicas e relação com sarcopenia

A sarcopenia constitui um dos mecanismos centrais da fragilidade física, mas os conceitos não são sinônimos. Perda de massa e, sobretudo, de força muscular reduz velocidade da marcha e potência para transferências, favorecendo inatividade e dependência. Esse processo interage com inflamação sistêmica de baixo grau, alterações hormonais, resistência anabólica, ingestão proteico-energética insuficiente e doenças crônicas. Em residentes de ILPIs, hospitalizações, períodos de repouso, infecções e ingestão reduzida podem acelerar catabolismo e produzir perdas desproporcionais de função. O componente redução da força encontrado em 40,8% a 48,3% e a lentificação da caminhada em 65,5% a 72,2% sugerem que mecanismos musculoesqueléticos ocupam posição importante no perfil de vulnerabilidade observado^{1,15}.

Fragilidade cognitiva e depressão

A dimensão cognitiva amplia a compreensão do fenômeno. A coexistência entre fragilidade física e comprometimento cognitivo, frequentemente denominada fragilidade cognitiva, associa-se a desfechos adversos e maior utilização de serviços. Metanálise de 2025 estimou prevalência agrupada de fragilidade cognitiva de 22% em *Nursing homes*, e outra metanálise mostrou aumento de aproximadamente 79% nas chances de hospitalização entre pessoas com fragilidade cognitiva. A associação dos sintomas depressivos com a categoria de fragilidade no Nordeste e Centro-Oeste reforça a necessidade de integrar cognição e saúde mental ao rastreamento, evitando modelos exclusivamente físicos^{5,6,17}.

O ambiente institucional como modulador da trajetória

A institucionalização pode ser simultaneamente consequência e modulador da fragilidade. Pessoas frágeis são mais propensas a necessitar de cuidados de longa duração; uma vez institucionalizadas, porém, a forma como o cuidado é organizado pode alterar a trajetória subsequente. O risco de um modelo excessivamente compensatório é produzir dependência aprendida: tarefas são executadas pela equipe por razões de rapidez ou segurança, mesmo quando o residente ainda poderia realizá-las com supervisão. A repetição desse padrão reduz oportunidades de mobilidade e de uso da capacidade residual. O princípio restaurativo propõe o oposto: oferecer o menor nível de ajuda necessário, preservar escolhas, estimular participação nas atividades cotidianas e definir metas funcionais individualizadas^{4,16}.

Transições, reversibilidade e reserva funcional

A fragilidade deve ser tratada como estado potencialmente modificável. A reversão completa pode ser improvável em indivíduos com comprometimento avançado, mas

estabilização, recuperação parcial e prevenção de novos déficits constituem resultados clinicamente relevantes. Evidências recentes desafiam a ideia de inevitabilidade: a metanálise de Pradana *et al.*, publicada em 2026, reuniu 20 ensaios clínicos com 1.701 residentes de *Nursing homes* e demonstrou melhora significativa da fragilidade, função física e cognição; intervenções com pelo menos três sessões semanais e maior duração acumularam benefícios mais consistentes. Outra metanálise de 2025 também encontrou efeito favorável do exercício sobre fragilidade em cuidados de longa duração⁷⁻⁹.

Dependência funcional como eixo estruturante

A dependência funcional foi o único fator associado à categoria de fragilidade em todas as cinco regiões e apresentou magnitudes elevadas. Esse achado deve ser compreendido como expressão de um ciclo de retroalimentação. A fragilidade reduz força, mobilidade e tolerância ao esforço; isso aumenta dependência. A dependência, por sua vez, reduz exposição a movimento e participação, favorecendo novo descondicionamento. Quedas, hospitalizações, depressão, multimorbidade e polifarmácia podem acelerar o ciclo. A prioridade assistencial, portanto, não é apenas registrar dependência, mas identificar qual parcela da função permanece preservada e como mantê-la^{12,18}.

Fragilidade como marcador da complexidade assistencial nas ILPIs

A fragilidade também pode ser utilizada como marcador de complexidade para planejamento de serviços. Número de residentes ou número de leitos, isoladamente, não expressam a carga de cuidado. Duas ILPIs com 50 residentes podem exigir equipes, financiamento e suporte do SUS muito diferentes se uma concentrar pessoas robustas e outra residentes com fragilidade, demência, disfagia, dependência para transferências e múltiplas hospitalizações. Incorporar fragilidade e funcionalidade ao dimensionamento permite aproximar financiamento e força de trabalho da necessidade real, reduzindo a lógica de parâmetros uniformes que ignoram complexidade^{1,16}.

Implicações para enfermagem e prática interprofissional

A enfermagem ocupa posição estratégica porque identifica mudanças sutis antes que se transformem em eventos maiores: aumento do tempo para levantar, redução do apetite, maior necessidade de auxílio, sonolência, recusa de atividades, nova incontinência ou queda. O rastreamento periódico pode ser coordenado pelo enfermeiro, mas a resposta deve ser interprofissional. Fisioterapia e educação física atuam sobre força e mobilidade; nutrição, sobre ingestão e perda ponderal; medicina e farmácia, sobre multimorbidade e medicamentos;

terapia ocupacional, sobre participação e adaptação das atividades; psicologia e serviço social, sobre depressão, vínculos e participação; fonoaudiologia, sobre comunicação e disfagia^{14,18}.

Modelo assistencial proposto

Os achados sustentam um modelo em camadas. Na admissão, todos os residentes deveriam ser rastreados para fragilidade, cognição, funcionalidade, nutrição e risco de quedas. Pessoas pré-frágeis ou frágeis deveriam receber avaliação geriátrica multidimensional e plano de cuidado com metas mensuráveis. A intervenção deve priorizar exercício multicomponente, mobilidade cotidiana, nutrição adequada, revisão de medicamentos, manejo de dor, sono e depressão, prevenção de quedas e participação em atividades significativas. Reavaliações deveriam ocorrer periodicamente e após hospitalização, queda, infecção ou perda funcional, pois esses eventos podem representar transições de estado^{14,16}.

Perspectiva de política pública e pesquisa

A Política Nacional de Cuidados cria oportunidade para incorporar a fragilidade como variável estruturante do sistema brasileiro de cuidados de longa duração. Um futuro cadastro nacional poderia registrar não apenas número de vagas, mas distribuição dos residentes por nível de fragilidade, dependência e comprometimento cognitivo. Essa informação permitiria estimar necessidades regionais de pessoal, reabilitação e apoio da Atenção Primária. Do ponto de vista científico, a repetição do inquérito com desenho longitudinal permitiria estudar transições entre robustez, pré-fragilidade, fragilidade, incapacidade e morte, identificando fatores institucionais associados à melhora ou piora^{19,20}.

A prevalência fenotípica encontrada é consistente com metanálise que estimou 52,3% de fragilidade em *Nursing Homes* e com evidências posteriores que apontam prevalência substancialmente maior em instituições do que na comunidade. Revisão sistemática e metanálise publicada em 2024, incluindo 38 estudos e mais de 150 mil participantes, confirmou maior fragilidade em *Nursing Homes* e identificou associação com baixa funcionalidade, inatividade física, doenças crônicas e depressão^{3,4}.

A lentificação da caminhada foi o componente mais prevalente, seguida de baixa atividade física. Esse padrão é coerente com o perfil institucional, no qual limitações motoras, doenças crônicas, medo de cair, rotinas pouco ativas e barreiras ambientais podem reduzir mobilidade. A elevada frequência desses componentes tem implicações importantes porque ambos são potencialmente modificáveis por programas de exercício e reabilitação^{4,7,8}.

A evidência atual é mais otimista do que interpretações que consideravam a fragilidade praticamente irreversível após institucionalização. Revisão e metanálise publicada em 2025 mostrou efeito favorável do exercício sobre níveis de fragilidade em cuidados de longa duração.

Em 2026, metanálise de 20 ensaios clínicos e 1.701 residentes de *Nursing Homes* encontrou melhora significativa da fragilidade, da função física e da cognição. Intervenções realizadas três ou mais vezes por semana e mantidas por períodos mais longos apresentaram resultados favoráveis⁷⁻⁹.

Essas evidências sustentam mudança de paradigma: identificar fragilidade em uma ILPI não deve servir apenas para descrever gravidade ou prognóstico, mas para orientar intervenção. Programas multicomponentes devem combinar força, equilíbrio, marcha e atividade aeróbica, adaptados ao nível funcional, e podem ser associados a suporte nutricional, revisão de medicamentos e estratégias cognitivas⁷⁻⁹.

A forte associação com dependência funcional em todas as regiões foi o achado mais consistente. As ORs variaram de 3,61 no Sudeste a 12,57 no Nordeste. A relação entre fragilidade e incapacidade é bidirecional: a fragilidade aumenta o risco de perda funcional e, uma vez instalada, a dependência favorece inatividade, descondicionamento e maior redução de reserva. Revisão sistemática de 2022 sobre declínio funcional em *Nursing Homes* mostrou que 38,9% a 50,6% dos residentes apresentaram deterioração funcional em um ano e identificou comprometimento cognitivo, estado funcional basal, incontinência urinária, tempo de institucionalização, idade e depressão entre os fatores preditores¹⁸.

Em termos assistenciais, esse resultado reforça a necessidade de abandonar práticas excessivamente substitutivas. Quando a equipe executa sistematicamente tarefas que o residente ainda consegue realizar com supervisão ou adaptação, pode acelerar desuso e perda de autonomia. O cuidado deve priorizar o princípio de fazer com a pessoa, e não fazer por ela, preservando capacidade residual e participação nas atividades cotidianas^{16,18}.

Multimorbidade mostrou associação no Nordeste e Centro-Oeste. As publicações atuais reconhecem doenças crônicas como fator relevante para fragilidade, mas destaca que as duas condições não são equivalentes. A coexistência de doenças aumenta a carga fisiológica e terapêutica e pode favorecer polifarmácia, sedação, hipotensão, perda de apetite e redução de mobilidade. Portanto, a avaliação da fragilidade deve incluir revisão sistemática de objetivos terapêuticos e medicamentos^{1,4}.

Sintomas depressivos também apresentaram associação no Nordeste e Centro-Oeste. A relação entre depressão e fragilidade pode ser bidirecional, mediada por inatividade, alterações de sono, inflamação, baixa ingestão alimentar, isolamento e perda de motivação. A revisão de Liu *et al.* (2024) confirmou depressão entre os fatores associados à fragilidade em diferentes contextos. Nas ILPIs, o rastreamento de fragilidade deve ser articulado à saúde mental e às oportunidades reais de participação social e atividade significativa⁴.

A associação com idade ≥ 80 anos ocorreu apenas no Sul. Embora idade avançada seja fator reconhecido de risco, a ausência de associação nas demais regiões reforça que fragilidade não deve ser inferida pela idade cronológica. Pessoas da mesma faixa etária apresentam reservas muito diferentes e o valor clínico do rastreamento está justamente em identificar essa heterogeneidade^{1,4}.

O tempo de institucionalização associou-se à presença de fragilidade no Centro-Oeste. Como o desenho é transversal, não é possível estabelecer causalidade: residentes podem ter ingressado já frágeis, ou a permanência prolongada pode refletir exposição cumulativa a inatividade, progressão de doenças e dependência. Estudos longitudinais são necessários para distinguir seleção de residentes mais vulneráveis de efeitos associados ao ambiente institucional¹⁸.

A hospitalização associou-se à fragilidade no Centro-Oeste e Sudeste. A fragilidade aumenta vulnerabilidade a descompensações clínicas e hospitalizações; inversamente, internações podem precipitar perda funcional, *delirium*, desnutrição e imobilidade, agravando a fragilidade. Metanálise de 2025 sobre fragilidade cognitiva estimou aumento de aproximadamente 79% nas chances de hospitalização, reforçando a importância de estratégias preventivas e transições assistenciais seguras⁶.

A ausência de associação entre quedas e fragilidade nos modelos regionais merece interpretação cautelosa. Pessoas altamente dependentes ou com mobilidade muito restrita podem ter menor exposição ao risco de queda simplesmente porque caminham menos. Portanto, ausência de associação estatística não significa ausência de importância clínica. Quedas permanecem um marcador central de vulnerabilidade e devem ser avaliadas conjuntamente com mobilidade, equilíbrio, medicamentos e ambiente^{1,4}.

A elevada proporção de entrevistas respondidas por *proxy* também deve ser considerada. Embora o uso de informantes seja necessário em uma população com comprometimento cognitivo e físico, alguns componentes do fenótipo, especialmente fadiga e redução subjetiva de atividade, podem ser menos precisos quando avaliados indiretamente. O instrumento utilizado, entretanto, foi validado no Brasil e permitiu aplicação factível em um inquérito de grande escala^{10,13}.

A revisão contemporânea da fragilidade também chama atenção para a dimensão cognitiva. Em 2025, metanálise de 90 estudos estimou prevalência de fragilidade cognitiva de 22% em *Nursing Homes*. Outra metanálise mostrou que fragilidade cognitiva prediz hospitalização. Como o banco nacional deste estudo contém avaliação cognitiva, estudos futuros

poderão explorar a sobreposição entre fragilidade física e deterioração cognitiva, potencialmente refinando a estratificação de risco^{5,6}.

Do ponto de vista de políticas públicas, os resultados sustentam a inclusão sistemática da fragilidade na organização do cuidado de longa duração. A Política Nacional de Cuidados e o Plano Nacional de Cuidados criaram no Brasil um marco favorável à avaliação de necessidades, à qualificação de trabalhadores e à integração entre saúde e assistência social. O grau de fragilidade pode contribuir para dimensionar pessoal, intensidade de acompanhamento pela Atenção Primária, acesso à reabilitação e financiamento^{19,20}.

Propõe-se que as ILPIs incorporem um ciclo assistencial estruturado: rastreamento na admissão e periodicamente; avaliação geriátrica multidimensional para pessoas pré-frágeis ou frágeis; definição de metas individualizadas; exercício multicomponente; avaliação nutricional; revisão de medicamentos; prevenção de quedas; manejo de sintomas depressivos e cognição; e reavaliação após intercorrências ou hospitalizações^{14,16}.

Entre as limitações destacam-se o desenho transversal, que impede inferir temporalidade; a ausência de pesos amostrais, que limita generalização nacional; o uso frequente de *proxy*; e o fato de os dados terem sido coletados entre 2015 e 2018. Ainda assim, trata-se de uma das maiores análises brasileiras de fragilidade em residentes de ILPIs, abrangendo as cinco regiões e permitindo comparação regional de componentes, categorias e fatores associados¹⁰.

A distância temporal deve ser compreendida como razão para repetir o inquérito, e não para descartar sua contribuição. Os resultados constituem linha de base anterior à Política Nacional de Cuidados. Uma nova coleta, utilizando metodologia comparável e instrumentos contemporâneos, permitiria avaliar mudanças no perfil de fragilidade e na capacidade das ILPIs de prevenir ou retardar declínio^{10,19,20}.

Uma contribuição adicional das publicações mais recentes na área pode reforçar a necessidade de avaliar desfechos além da própria escala de fragilidade. Revisões de 2025 e 2026 mostram benefícios do exercício sobre velocidade da marcha, desempenho em testes funcionais e cognição. Assim, programas institucionais devem monitorar não apenas mudança de categoria, mas também mobilidade, função, cognição, qualidade de vida, hospitalizações e participação^{8,9}.

CONCLUSÃO

A fragilidade apresentou elevada prevalência entre pessoas idosas residentes nas ILPIs estudadas. Pela classificação original do fenótipo, entre 43,5% e 52,2% eram frágeis e entre 30,4% e 42,1% pré-frágeis; apenas 14,3% a 18,7% não apresentavam qualquer componente.

Quando pré-fragilidade e fragilidade foram reunidas para fins dos modelos, mais de 81% dos residentes apresentaram pelo menos um componente.

A lentificação da caminhada e a baixa atividade física foram os componentes mais frequentes. A dependência funcional associou-se de forma consistente à fragilidade em todas as regiões, enquanto idade, escolaridade, tempo de institucionalização, multimorbidade, sintomas depressivos e hospitalização apresentaram associações específicas conforme o território.

A heterogeneidade regional reforça que estratégias uniformes são insuficientes. O rastreamento periódico da fragilidade deve estar articulado à avaliação multidimensional e a planos individualizados, com atenção prioritária à mobilidade, exercício, nutrição, saúde mental, revisão de medicamentos e prevenção de declínio funcional.

A fragilidade pode ser modificada mesmo no ambiente institucional. Intervenções estruturadas de exercício melhoram fragilidade, função física e cognição em residentes de *Nursing Homes*, tornando inadequada uma abordagem exclusivamente compensatória ou paliativa para todos os indivíduos frágeis.

Recomenda-se que futuros inquéritos nacionais mantenham a mensuração padronizada dos componentes de fragilidade, incorporem medidas cognitivas e de capacidade intrínseca e acompanhem longitudinalmente transições entre robustez, pré-fragilidade, fragilidade, incapacidade e morte. Esse monitoramento poderá subsidiar parâmetros de qualidade, dimensionamento de equipes e financiamento compatível com a complexidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Kim DH, Rockwood K. Frailty in older adults. *N Engl J Med*. [Internet]. 2024 [citado em 8 set. 2026]; 391(6):538-48. DOI: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMr2301292>
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(3):M146-56.
3. Kojima G. Prevalence of frailty in nursing homes: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2015 [citado em 8 set. 2026]; 16(11):940-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.025>
4. Liu J, Zhu Y, Tan JK, Ismail AH, Ibrahim R, Hassan NH. Factors associated with frailty in older adults in community and nursing home settings: a systematic review with a meta-analysis. *J Clin Med* [Internet]. 2024 [citado em 8 set. 2026]; 13(8):2382. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm13082382>
5. Bian J, Chen Z, Gao Y, Lau FY, Fong DYT, Choi EPH, et al. Prevalence of cognitive frailty, reversible and potentially reversible cognitive frailty among older adults without dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2026 [citado em 8 set. 2026]; 81(1):gbaf228. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaf228>

6. Cheng M, Liu Q, Li M, He M. Cognitive frailty as a predictor of hospitalisation among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychogeriatrics* [Internet]. 2025 [citado em 8 set. 2026]; 25(1):e13213. DOI: <https://doi.org/10.1111/psyg.13213>
7. Shivgulam ME, Liu H, Zafar Z, Cheema M, Ahmadi S, Theou O, et al. Exercise interventions improve frailty in patients living in long-term care: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2025 [citado em 8 set. 2026]; 26(12):105945. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.105945>
8. Pradana AA, Hidayat AT, Yanti L, Lee SC. Effect of physical exercise on frailty in older nursing home residents: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* [Internet]. 2026 [citado em 8 set. 2026]; 74(5):1450-63. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.70330>
9. Zhu Y, Zhang Y, Li X, Du Z. Effects of exercise interventions on physical function, cognitive function and quality of life of frail older adults in nursing homes: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol* [Internet]. 2025 [citado em 8 set. 2026]; 16:1679734. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1679734>
10. Duarte YAO, Watanabe HAW, Giacomini KC, Lebrão ML. Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos registradas no Censo SUAS: relatório final revisado. São Paulo; 2025.
11. Ferreira SP, Palma RS, Ribeiro KS, Miranda VCR, Teodoro ECM, Pereira ECA. Prevalência da síndrome da fragilidade e perfil clínico e sociodemográfico dos idosos institucionalizados de Pindamonhangaba/SP. *Fisioter Bras.* [Internet]. 2021 [citado em 8 set. 2026]; 22(6):809-23. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v22i6.4123>
12. Oliveira JM, Duarte YAO, Watanabe HAW. Condições de saúde e demandas assistenciais de residentes de instituições de longa permanência: panorama regional. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2024 [citado em 8 set. 2026]; 12(3):e7844. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v12i3.7844>
13. Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado em 8 set. 2026]; 49:2. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>
14. Ribeiro EG, Mendoza IYQ, Cintra MTG, Bicalho MAC, Guimarães GL, Moraes EM. Fragilidade no idoso: possibilidades de rastreio na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [citado em 8 set. 2026]; 75(2):e20200973. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0973>
15. Pan Y, Ma L. Inflammatory markers and physical frailty: towards clinical application. *Immun Ageing* [Internet]. 2024 [citado em 8 set. 2026]; 21:2. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12979-023-00410-3>
16. World Health Organization. Long-term care for older people: package for universal health coverage. Geneva: WHO; 2024 [citado em 8 set. 2026]. Disponível em: <https://iris.who.int/items/538ef171-82cf-427d-8e1a-0c26a1b032ba>

17. Yuan Y, Lapane KL, Tjia J, Baek J, Liu SH, Ulbricht CM. Physical frailty and cognitive impairment in older nursing home residents: a latent class analysis. BMC Geriatr. [Internet]. 2021 [citado em 8 set. 2026]; 21:487. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02433-1>
18. Moreno-Martin P, Jerez-Roig J, Rierola-Fochs S, Oliveira VR, Farrés-Godayol P, Souza DLB, et al. Incidence and predictive factors of functional decline in older people living in nursing homes: a systematic review. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2022 [citado em 8 set. 2026]; 23(11):1815-25.e9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2022.05.001>
19. Presidência da República (BR). Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2024 [citado em 8 set. 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l15069.htm
20. Presidência da República (BR). Decreto nº 12.562, de 23 de julho de 2025. Regulamenta os arts. 9º e 11 da Lei nº 15.069/2024 e institui o Plano Nacional de Cuidados [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2025 [citado em 8 set. 2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/d12562.htm

Editor Associado: Rafael Gomes Ditterich

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses

Financiamento: Ministério da Saúde. FAPEAL

Agradecimentos: a professora Dra. Maria Lúcia Lebrão (*in memoriam*)

Contribuições:

Conceituação – Duarte YAO, Giacomini KC, Oliveira JM, Watanabe HAW

Investigação – Duarte YAO, Giacomini KC, Oliveira JM, Watanabe HAW

Escrita – primeira redação – Duarte YAO, Oliveira JM, Watanabe HAW

Escrita – revisão e edição – Duarte YAO, Giacomini KC, Oliveira JM, Watanabe HAW

Como citar este artigo (Vancouver)

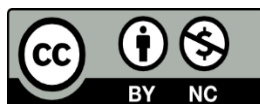
Duarte YAO, Watanabe HAW, Oliveira JM, Giacomini KC. Síndrome da fragilidade em pessoas idosas institucionalizadas no Brasil: prevalência, componentes, fatores associados e implicações para o cuidado de longa duração. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2026 [citado em inserir dia, mês e ano de acesso]; 14:e026027. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.9370>

Como citar este artigo (ABNT)

DUARTE, Y. A. O.; WATANABE, H. A. W.; OLIVEIRA, J. M. de; GIACOMINI, K. C. Síndrome da fragilidade em pessoas idosas institucionalizadas no Brasil: prevalência, componentes, fatores associados e implicações para o cuidado de longa duração. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, MG, v. 14, e026027, 2026. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.9370>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Duarte, Y. A. O., Watanabe, H. A. W., Oliveira, J. M. de, & Giacomini, K. C. (2026). Síndrome da fragilidade em pessoas idosas institucionalizadas no Brasil: prevalência, componentes, fatores associados e implicações para o cuidado de longa duração. Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc., 14, e026027. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de <https://doi.org/10.18554/refacs.v14i00.9370>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons