

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE EM IDOSOS: UMA ABORDAGEM
MULTIPROFISSIONAL**

Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira Teixeira

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Arlete Maria Valente Coimbra

Campinas

2006

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE EM IDOSOS: UMA ABORDAGEM
MULTIPROFISSIONAL**

Autora: Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira Teixeira

Orientadora: Prof^a Dr^a Arlete Maria Valente Coimbra

Dissertação apresentada como parte das exigências para obtenção de título de Mestre em Gerontologia pela FE/UNICAMP defendida por Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira Teixeira.

Data: 30 / 10 / 2006

Assinatura:

COMISSÃO JULGADORA:

Campinas

2006

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Teixeira, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira
T235d Definições de fragilidade em idosos : uma abordagem multiprofissional /
Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira Teixeira. -- Campinas, SP: [s.n.], 2006.

Orientador : Arlete Maria Valente Coimbra.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

1. Fragilidade. 2. Idosos. 3. Definições. 4. Consenso. 5. Profissional da
saúde. I. Coimbra, Arlete Maria Valente. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

06-379-BFE

Título em inglês: Definitions of frailty in older adults : a multiprofessional approach

Keywords: Frailty ; Elderly ; Definitions ; Consensus ; Health professional

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestre em Gerontologia

Banca examinadora: Profa. Dra. Arlete Maria Valente Coimbra

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini

Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Profa. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho

Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra

Data da defesa: 30/10/2006

Programa de pós-graduação : Educação

e-mail : ilkateixeira@netscape.net

Dedicatória

Ao Paulinho, minha alma e minha vida em um entrelace de planos e sonhos a dois nas experiências individuais.

À força suprema que indica a direção e muda o curso dos eventos nas situações em que tudo parece estar irreversivelmente perdido. Acaso?

Ao espírito de busca da excelência na conquista de desafios, herança de meus pais que rejeita a mediocridade no alcance das metas pessoais.

À minha mãe e ao meu pai: saudades do cotidiano. Não mais compartilhar, não mais ver ... Amplo vazio que se expande nas lembranças!

Ao profissional de saúde que se empenha para que as intervenções potencializem as possibilidades de reabilitação biopsicossocial e de prevenção do declínio da capacidade funcional no dia a dia dos idosos frágeis. Minha alegria já terá sido completa e todas as madrugadas de trabalho recompensadas se esta discussão sobre fragilidade beneficiar o atendimento de um único paciente!

Ao jovem e ao idoso que mesmo distante da universidade sentiu-se atraído pelo tema ao desejar saber mais sobre o envelhecimento. Que este trabalho o motive a conhecer muito mais ...

Agradecimentos

Meu amor ao Paulinho que sendo engenheiro, não se cansou das conversas “terapêuticas ocupacionais” sobre fragilidade em idosos e me incentivou a colocar minhas idéias em prática, achando-as sempre muito interessantes.

Agradeço ao “meu eu”, que perante as dificuldades impostas pela vida, ousa buscar alento em novas experiências. Há sempre algo a fazer!

Minha gratidão aos profissionais da equipe do Ambulatório de Geriatria pela ótima recepção ao projeto desta pesquisa. As questões, críticas e informações sobre as definições de fragilidade em idosos tornaram possível a realização do estudo. Parabéns pela competência no trabalho com os idosos.

Aos docentes, Prof^a Dr^a Arlete Maria Valente Coimbra, Prof^a Dr^a Anita Liberalesso Néri, Prof^a Dr^a Sofia Cristina Iost Pavarini, Prof^a Dr^a Olga Maria Fernandes de Carvalho, Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra e Prof^a Dr^a Maria Elena Guariento, meu muitíssimo obrigada pela participação neste trabalho.

Obrigada aos meus amigos que mesmo distantes (Curitiba, Belo Horizonte, Campo Grande, Phoenix) acompanharam essa trajetória buscando notícias e me desejando sucesso. Agradeço o apoio das pessoas encantadoras que conheci em Campinas. Sou grata aos colegas que estiveram no exame de qualificação e aos amigos que julgaram importante assistir à defesa, obrigada pelo incentivo. Foi muito agradável almoçar com vocês naquele dia! Aos que pegaram a estrada bem cedinho, não há como esquecer tamanho carinho! Agradeço em especial a dois amigos do curso de gerontologia que conhecendo de perto os desafios para a realização deste trabalho, focalizaram nossas conversas sempre nas minhas competências, afirmando e reafirmando o meu talento para a pesquisa.

Fragilidade

Existem pessoas que são frágeis a vida inteira ... Quando se fala em fragilidade, a primeira coisa em que se pensa é no idoso, mas na verdade, não tem nenhuma relação muitas vezes. Esse é um conceito que é importante para a sua pesquisa e eu acho que é um conceito importante também, mas ele não faz diferença no meu trabalho.

Eu nunca tinha parado para pensar tanto na fragilidade como uma questão assim ... É um tema extremamente novo e ... a gente ainda carece de pesquisas dessa natureza sobre fragilidade. Acho isso bem interessante. É um tema que engloba muito da gerontologia e da geriatria na hora que a gente vai explicar para alguém o que a gente está fazendo.

Você já viu algum trabalho fora usando algum critério para isso, comparando pacientes ou idosos, alguém que tentou fazer algum questionário com itens que ele poderia classificar um idoso mais ou menos vulnerável?...Seria muito importante realmente ter uma definição, um meio de mensurar a fragilidade. Alguma coisa que a gente pudesse quantificar isso: se ele realmente é frágil, qual o nível de fragilidade, identificar o que o torna frágil para poder intervir para que isso não se agrave, para que ele não se torne mais dependente, para que ele tenha um envelhecimento feliz..

Acho que [você] está partindo do caminho certo que é estar construindo esse conceito a partir dessa prática e você está entrevistando as pessoas que estão na prática com esses idosos. Essa pesquisa pode trazer resultados muito interessantes principalmente porque você está lidando com profissionais de áreas distintas de saúde que têm abordagens diferentes com seus pacientes, com seus clientes e que trazem experiências diferentes e bem específicas.

Eu acho muito importante um trabalho como o seu pelas informações que ele vai trazer para a área da gerontologia e geriatria também. Acho que é importante mostrar o que as pessoas estão pensando sobre esse tema, porque a partir daí é possível que sejam implementados novos esforços para que a gente estude um pouco mais essa síndrome tão importante como é e quanto isso é preocupante para as pessoas idosas. Um trabalho como este é bastante importante e com certeza vai contribuir bastante para que nós possamos atender melhor essas pessoas que nos procuram e que precisam dessa atenção.

Discurso do Sujeito Coletivo dos integrantes da equipe do Ambulatório de Geriatria (Questão 11)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Relação entre definições teóricas e operacionais	10
Figura 2. Tríade da fragilidade	28
Figura 3. Conseqüências da fragilidade	30
Figura 4. Ciclo da fragilidade	31
Figura 5. Fragilidade: (a) Trajetória hipotética e (b) Constructo multidimensional	34
Figura 6. Etiologia da fragilidade	34
Figura 7. Organização dos dados	45
Figura 8. Análise e construção dos DSCs	46
Figura 9. Conseqüências da fragilidade segundo os entrevistados	67

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de definições por grupo segundo HOGAN <i>et al.</i> (2003)	16
Gráfico 2. Artigos por grupos de definições segundo MARKLE-REID e BROWNE (2003)	20

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 (a) (b). Termos para descrever fragilidade	5
Quadro 2. Mapeamento dos termos (ICF)	6
Quadro 3. Descritores para <i>Frail Elderly</i> (MeSH/Medline, 1991-2006)	12
Quadro 4a. Grupo 1 – Dependência nas AVDs e nas AIVDs	15
Quadro 4b. Grupo 2 – Vulnerabilidade aos estresses ambientais, às doenças, ao declínio funcional e às conseqüências adversas	15
Quadro 4c. Grupo 3 – Estados patológicos agudos e crônicos	16
Quadro 5a. Estudos de intervenção	17
Quadro 5b. Estudos comparativos	17
Quadro 5c. Estudos de identificação	18
Quadro 5d. Estudos para desenvolver instrumentos de avaliação	19
Quadro 6. Grupos de definições de fragilidade	21
Quadro 7. Sinônimos e antônimos de fragilidade	22
Quadro 8. Definições citadas por HAMERMAN (1999)	23
Quadro 9. Definições citadas por ROCKWOOD <i>et al.</i> (2000)	23
Quadro 10. Definições citadas por BORTZ (2002)	24
Quadro 11. Definições citadas por KAETHLER <i>et al.</i> (2003)	25
Quadro 12. Definições citadas por FRIED <i>et al.</i> (2004)	26
Quadro 13. Trinta e três definições de fragilidade	27
Quadro 14. Domínios e questões da CIF-A	33
Quadro 15. Questões e objetivos	43
Quadro 16. Síntese das Idéias Centrais	62
Quadro 17. Indicadores de fragilidade	65
Quadro 18. Critérios para definições de fragilidade	70
Quadro 19. Críticas às definições de fragilidade	72
Quadro 20. Definições teóricas de fragilidade	76
Quadro 21. Contribuições potenciais do consenso	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de artigos na <i>Medline</i>	2
Tabela 2. Artigos de revisão	13
Tabela 3. Revisões sistemáticas	13
Tabela 4. Artigos adicionais	14
Tabela 5. Dados demográficos dos profissionais	38
Tabela 6. Características de fragilidade	51
Tabela 7. Conseqüências da fragilidade em idosos	53
Tabela 8. Fragilidade, comorbidade e incapacidade	54
Tabela 9. Critérios para definição de fragilidade	56
Tabela 10. Opiniões sobre as definições	59
Tabela 11. Importância da definição consensual	61

RESUMO

Este estudo investigou as definições de fragilidade em idosos sob a perspectiva de doze profissionais de saúde de um Ambulatório de Geriatria que pertence a um hospital universitário. Os instrumentos de coleta de dados foram entrevistas individuais semi-estruturadas e o questionário *Definições de Fragilidade*. Os dados foram organizados e analisados utilizando-se o Discurso do Sujeito Coletivo. Os participantes relacionaram fragilidade a diferentes entidades, incluindo: envelhecimento, comorbidade, incapacidade, dependência funcional, institucionalização, déficit cognitivo, psicopatologias, sintomas depressivos, condição sócio-econômica desfavorável e solidão. Os resultados indicaram que: (1) não há definição consensual de fragilidade; (2) a noção de subjetividade está associada ao conceito de fragilidade; (3) fragilidade implica um estado de vulnerabilidade; (4) a síndrome é multidimensional e envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual; (5) definir fragilidade será útil para medidas preventivas de declínio funcional e para indicar prioridades no atendimento de saúde da população idosa brasileira. Esta pesquisa inicia uma discussão sobre definições de fragilidade em idosos no Brasil, mas os resultados não representam as opiniões de todos os profissionais de saúde na área de Gerontologia e Geriatria porque se aplicam exclusivamente à amostra deste estudo.

PALAVRAS-CHAVE: fragilidade, idosos, definições, consenso, profissionais de saúde.

ABSTRACT

This study investigated the definitions of frailty in older adults according to twelve health professionals who work at a Geriatrics Ambulatory in a university-hospital. The instruments for gathering data were individual semi-structured interviews and the questionnaire *Definições de Fragilidade* (Definitions of Frailty). Data were organized and analyzed applying *Discurso do Sujeito Coletivo* (Collective Subject's Discourse). The participants related frailty to different entities, including aging, co-morbidity, disability, functional dependence, institutional care, cognitive impairment, psychopathologies, depressive symptoms, poor socio-economic status and loneliness. These results indicated that: (1) there is no consensual definition of frailty; (2) the notion of subjectivity is related to the concept of frailty; (3) frailty implies a state of vulnerability; (4) the syndrome is multidimensional and encompasses a complex interaction among biological, psychological, and social factors throughout lifespan; (5) to define frailty will be useful to prevent functional decline, and also to indicate health care priorities to the Brazilian elderly population. This research introduces a discussion on definitions of frailty in Brazil; yet, the results do not represent the opinions of all health professionals in the field of Gerontology and Geriatrics, as they apply only to this sample.

KEY WORDS: frailty, elderly, definitions, consensus, health professionals.

SUMÁRIO

Lista de figuras	xi
Lista de gráficos	xiii
Lista de quadros	xv
Lista de tabelas	xvii
Resumo	xix
Abstract	xxi
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Histórico	1
1.2 Relevância do estudo	7
1.3 Fundamentação teórica	8
1.3.1 Definições de fragilidade em idosos: revisão da literatura	11
2. OBJETIVOS	37
2.1 Objetivo geral	37
2.2 Objetivos específicos	37
3. MÉTODO	39
3.1 Aspectos éticos da pesquisa	39
3.2 Tipo e delineamento do estudo	39
3.3 Amostra	39
3.4 Local de realização	40
3.5 Coleta de dados	41
3.6 Análise dos dados	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1 Resultados	47
4.1.1 Discursos do Sujeito Coletivo e Questionário Definições de	

Fragilidade	47
4.1.2 Idéias Centrais	62
4.2 Discussão	63
5. CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
APÊNDICES	
1. Fisiologia da fragilidade	95
2. Questionário <i>Definições de fragilidade</i>	105
3. Avaliação do questionário <i>Definições de fragilidade</i>	109
4. Termo de consentimento livre e esclarecido	113
5. Consentimento para gravação da entrevista	115
6. Confirmação	117
7. Instrumentos de análise de discurso (IAD)	119
8. Uma questão de tradução	197

1. INTRODUÇÃO¹

1.1 Histórico

Os termos fragilidade e frágil, com referência aos idosos², foram raramente citados na literatura científica antes de 1980 e nem mesmo o relatório sobre dependência funcional do idoso, elaborado pelo *Institute of Medicine*³ em 1977, mencionou esses dois termos (HOGAN *et al.*, 2003). Entre os anos de 1942 e 1977, doente crônico, incapacitado⁴, institucionalizado sedentário e idoso com dependência funcional foram expressões freqüentes para descrever idosos não saudáveis. Nesse período, os autores que usaram a expressão “idoso frágil” deduziram que o significado da mesma estava relacionado à fragilidade física e à necessidade de assistência, dispensando a apresentação de definições (HOGAN *et al.*, 2003).

Na década de 1970, Charles F. Fahey e membros do *Federal Council on Aging* (FCA) dos Estados Unidos da América (EUA) empregaram, oficialmente, o termo “idoso frágil” para descrever o idoso que vivia em condições sócio-econômicas desfavoráveis e apresentava fraqueza física e déficit cognitivo (HOOI e BERGMAN, 2005). Em 1978, esse conselho estabeleceu dois critérios para a implementação de cuidados aos idosos frágeis: (1) idade igual ou superior a 75 anos; (2) necessidade de assistência para a realização de atividades do cotidiano. No mesmo ano, o periódico *Geriatrics* publicou a crítica da comunidade médica sobre o assunto: o termo havia sido utilizado como um jargão pelo FCA (HOGAN *et al.*, 2003).

Resultados de pesquisa realizada na *Medline* demonstram um aumento do número de estudos que se referem à fragilidade e ao idoso frágil desde a segunda metade da década de 1980 (Tabela 1). Nessa época, as publicações da área médica incluíram as seguintes características nas definições

¹ Parte da introdução desta dissertação foi publicada por TEIXEIRA e NERI (2006).

² Idoso: 60 anos ou mais de idade, conforme recomendado pela Organização Mundial de Saúde para países em desenvolvimento (OMS, 2005).

³ Instituição sediada nos Estados Unidos da América.

⁴ Incapacidade: termo que indica deficiências e limitações para o desempenho de atividades e restrições na participação social, resultante da associação dos fatores pessoais e dos fatores externos, esses representativos da situação na qual o indivíduo vive (OMS, 2003).

de idosos frágeis: idade igual ou superior a 75 anos, vulnerabilidade, déficit físico, déficit cognitivo, participação em programa geriátrico, necessidade de cuidados institucionais e dependência de terceiros para a realização das atividades de vida diária (AVDs) (HOGAN *et al.*, 2003). Essas definições estabeleceram relações de equivalência entre incapacidade e fragilidade, descrevendo a entidade por expressões tais como: comorbidade, institucionalização, idade avançada, condição pré-óbito e incapacidade decorrente de doenças crônicas.

Tabela 1. Número de artigos na Medline

Período	Nº de artigos
Até 1980	1
1981 – 1985	0
1986 – 1990	36
1991 – 1995	793
1996 – 2000	1.098
2001 – 2005	1.564
(jan. – jul) 2006	94

FONTE: HOGAN *et al.*, 2003, p. 4. Adaptado.

Entretanto, os resultados de estudos longitudinais, associados ao interesse da comunidade e dos pesquisadores pelo potencial de prevenção de doenças e pelo envelhecimento bem-sucedido, geraram questionamentos sobre a relação direta entre fragilidade e incapacidade. Em 1990, o *Journal of the American Geriatrics Society* fez a primeira citação de “idoso frágil” no índice remissivo. No início dessa década, alguns pesquisadores já estudavam a possibilidade de que a fragilidade poderia ocorrer desvinculada de doenças crônicas, dependência funcional e necessidade de receber assistência social (HOGAN *et al.*, 2003). Ainda nesse período, o conceito sobre o estado de “ser frágil” foi sendo gradualmente substituído pela condição de “tornar-se frágil”, mudança baseada em três premissas: (1) nem todas as pessoas com limitações no desempenho das atividades seriam frágeis; (2) nem todas as pessoas frágeis apresentariam limitações no desempenho das atividades; (3) existência de potencial para prevenção.

Duas das primeiras definições que utilizaram critérios para indicação de fragilidade foram escritas em 1991 (PUTS *et al.*, 2005b). A primeira, de WINOGRAD *et al.* (1991), propõe que para ser considerado frágil, o idoso deve atender a um critério dentre vários, incluindo doença crônica incapacitante, estado de confusão mental, depressão, quedas, incontinência, desnutrição, úlcera de pressão e problemas sócio-econômicos. A segunda, de SPEECHLEY e TINETTI (1991), indica que a fragilidade é observada quando no mínimo quatro das seguintes

características são preenchidas: idade igual ou superior a 80 anos, depressão, instabilidade no equilíbrio e na marcha, uso de sedativos, redução da força nas articulações dos ombros e dos joelhos, déficits nos membros inferiores e perda da visão.

Para CAMPBELL e BUCHNER (1997), diferente da incapacidade, a fragilidade refere-se à condição instável que implica risco de declínio funcional. Esses autores salientam a interação do indivíduo com o ambiente, na qual a ocorrência de um evento, considerado de pequeno impacto para alguns idosos, pode causar limitação no desempenho das atividades e resultar ou não em perda de autonomia. De acordo com STRAWBRIDGE *et al.* (1998), o déficit físico não implica fragilidade, pois a condição pode ser definida como resultado da interação entre recursos e perdas de capacidades que tornam o idoso mais vulnerável aos desafios ambientais. Esses pesquisadores afirmam que múltiplos critérios, tais como dependência funcional, déficit cognitivo, rede de suporte social e dificuldades impostas pelo ambiente devem ser incluídos na elaboração das definições de fragilidade.

FRIED e WALSTON (1998) acentuam a dimensão física da síndrome: fragilidade é um estado clínico de vulnerabilidade aos fatores estressores que resulta no declínio das reservas fisiológicas, com subsequente diminuição da eficiência da homeostase. Nos idosos, a fragilidade indica uma condição prevalente em mulheres, caracterizada por alto risco para conseqüências adversas como quedas, incapacidade, hospitalização, institucionalização e morte (FRIED *et al.*, 2001).

HAMERMAN (1999) descreve fragilidade como uma expressão complexa e cumulativa de respostas homeostáticas alteradas aos múltiplos estresses, resultando em desequilíbrio metabólico. ROCKWOOD *et al.* (2000) sugerem que a característica essencial de fragilidade é a noção do risco decorrente da instabilidade. LIPSITZ (2002) utiliza uma abordagem teórica do caos matemático para definir fragilidade, explicando que a condição ocorre quando um organismo perde a complexidade de manutenção de sua dinâmica e apresenta respostas de não adaptação aos estresses. Segundo BORTZ (2002), a fragilidade é conseqüência de patologias em múltiplos sistemas que resulta em alterações na força muscular, na mobilidade, no equilíbrio e na resistência. A síndrome causa declínio na atividade física de maneira distinta do envelhecimento, sendo reversível em resposta às intervenções.

MORLEY *et al.* (2002) consideram que a fisiopatologia da fragilidade pode ser agravada por fatores sociais como renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social. MARKLE-REID e BROWNE (2003) reforçam essa premissa ao afirmarem que a entidade não é exclusivamente fisiológica e que o fator social pobreza influencia a saúde dos idosos. O conceito de fragilidade proposto por WOO *et al.* (2005) também indica que as condições sócio-econômicas, o estilo de vida e a rede de suporte social são fatores modificadores que apontam para a possibilidade de reversibilidade da síndrome por meio de intervenções. ROCKWOOD (2005a,b) acentua a característica multidimensional da entidade e reconhece que a inter-relação de fatores biomédicos e psicossociais pode determinar a incidência ou não de fragilidade.

No Brasil, NEGRI *et al.* (2004) utilizaram a expressão “grau de fragilização” para indicar a probabilidade de um idoso passar por internações hospitalares repetidas. Na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), os pesquisadores do projeto *Qualidade de vida em idosos fragilizados: indicadores de saúde e de bem-estar subjetivo* consideram que “velhice patológica é compatível com o conceito de fragilidade e decorre da interação de causas genéticas e ambientais” (DIOGO *et al.*, 2005, p.8).

Em 2005, NASH *et al.* verificaram a compatibilidade entre a terminologia utilizada nas definições de fragilidade e a estrutura da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) [Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde] (OMS, 2003). Os pesquisadores buscaram trabalhos de revisão sobre fragilidade em idosos, publicados entre 1998 e 2005, utilizando as palavras-chave⁵: *elderly, frail, frailty, vulnerable, functional limitation, functional decline e disabled persons*. Sete estudos preencheram os critérios estabelecidos e a revisão de HOGAN *et al.* (2003) foi escolhida como referência.

NASH *et al.* (2005) identificaram a existência de 97 termos para a descrição de fragilidade. Conforme pode ser observado nos Quadros 1a e 1b, a linguagem utilizada varia nas definições da literatura científica e entre os profissionais de saúde. Oitenta e três por cento dos termos identificados por HOGAN *et al.* (2003) foram classificados entre os componentes do modelo ICF, havendo predomínio dos déficits na função corporal (45%) e das limitações na participação

⁵ Respectivamente: idoso, frágil, fragilidade, vulnerável, limitação funcional, declínio funcional e pessoas com limitações no desempenho de atividades e restrições na participação social.

de atividades sociais (28%). Os problemas nas estruturas do corpo foram pouco citados (2%), ocorrendo o mesmo com os fatores ambientais (7%). Dezesete termos não foram codificados, incluindo comorbidade, vulnerabilidade, condição pré-óbito, auto-relato de saúde precária e preenchimento de critérios para a institucionalização (Quadro 2).

Quadro 1a. Termos para descrever fragilidade

(23) incapacitado	(7) declínio funcional	(5) desuso	(3) incontinência
(19) dependência	(6) redução na densidade óssea	(5) problemas no equilíbrio	(3) baixo índice de massa corporal
(15) déficit cognitivo	(6) pré-morte	(5) déficit de mobilidade	(3) perda de massa muscular
(15) dependência na realização de AVDs e AIVDs	(6) perda de peso	(5) depressão	(3) sedentarismo
(10) desnutrição	(6) declínio mental	(4) reservas limitadas	(3) sarcopenia
(10) dificuldade nas AVDs	(6) institucionalização	(4) perda da mobilidade	(3) inatividade
(9) mortalidade aumentada	(5) disfunção múltipla dos órgãos	(4) fraqueza muscular	(3) dificuldade nas AIVDs
(8) sensibilidade aos efeitos colaterais de medicamentos	(5) comorbidade	(4) anomia	(3) déficit visual
(8) déficit nas AVDs	(5) vulnerabilidade	(4) demência	(3) falta de apoio social
(7) redução da velocidade da marcha	(5) quedas	(3) polifarmácia	(3) preenche os critérios para institucionalização

FONTE: NASH *et al.*, 2005. Traduzido e adaptado. O número entre parênteses indica a frequência do termo em estudos citados por HOGAN *et al.* (2003).

Quadro 1b. Termos para descrever fragilidade

(2) vulnerável às mudanças ambientais	(2) déficit de mobilidade no ambiente externo	(1) patologia crônica	(1) distúrbios metabólicos
(2) vertigem	(2) atribuições, responsabilidades do cuidador	(1) necessidade de adaptação do ambiente	(1) delirium
(2) rede social limitada	(2) reservas psicológicas limitadas	(1) manifestação atípica de doença	(1) déficit/ fraqueza dos membros superiores
(2) múltiplos problemas de saúde	(1) socialização limitada	(1) luto	(1) déficit/ fraqueza dos membros inferiores
(2) isolamento social	(1) restrições ambientais	(1) limitação nas atividades de lazer	(1) déficit de memória
(2) homeostasia comprometida	(1) resistência diminuída	(1) instabilidade na marcha	(1) déficit de atenção
(2) distúrbios do sistema imune	(1) reservas limitadas	(1) infecções	(1) déficit auditivo
(2) diminuição de apetite	(1) personalidade pré-mórbida	(1) fraqueza física	(1) complexidade clínica
(2) diminuição da função cardíaca	(1) perda do vigor/vitalidade	(1) frágil	(1) barreiras físicas e arquitetônicas
(2) déficit sensorial	(1) perda da autonomia	(1) falta de habilidade para manter as relações sociais	(1) atividades recreativas limitadas
(2) déficit emocional			

FONTE: NASH *et al.*, 2005. Traduzido e adaptado. O número entre parênteses indica a frequência do termo em estudos citados por HOGAN *et al.* (2003).

Quadro 2. Mapeamento dos termos (ICF)

ITEM	Nº
Déficits das funções do corpo	44
Déficits das estruturas do corpo	02
Limitações nas atividades e restrições na participação social	27
Fatores ambientais	07
Não codificados	17

FONTE: NASH *et al.*, 2005. Traduzido.

Embora já exista concordância sobre o impacto da fragilidade na vida pessoal, familiar e social dos idosos, os diferentes termos e definições na literatura demonstram que há dificuldade para alcance de um consenso. A característica multidimensional da entidade torna complexa a elaboração de uma única definição e a condição é um desafio para os gerontólogos e para os geriatras na prática clínica e na pesquisa (ROCKWOOD, 2005a, b).

Dentre alguns grupos de estudos sobre fragilidade, duas equipes têm se destacado no trabalho em direção ao alcance de uma definição consensual. Nos Estados Unidos da América, FRIED *et al.* (2001) propuseram uma lista específica de critérios objetivos e mensuráveis para fragilidade em idosos utilizando uma definição própria. Esses autores demonstraram a ocorrência da síndrome em 6,9% das pessoas idosas que vivem na comunidade, indicando maior prevalência nas mulheres. Os pesquisadores da *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A) também estabeleceram uma distinção entre fragilidade e comorbidade, divergindo, no entanto, na inclusão de uma medida de função cognitiva nos critérios para a entidade (ROCKWOOD *et al.*, 2004). A CIF-A é um programa de pesquisa colaborativa entre o Canadá, alguns países da União Européia, Israel e Japão, cuja meta é ampliar o conhecimento sobre fragilidade em idosos, buscando estudar as causas e a trajetória da entidade com ênfase no potencial para prevenção e tratamento.

Segundo ESPINOZA e WALSTON (2005), o conceito de fragilidade não é novo, mas é recente a sistematização das informações que possibilitam a observação de que um idoso está frágil e conseqüentemente, vulnerável aos efeitos adversos de estresses considerados de menor impacto. O conhecimento sobre os eventos que resultam nessa condição é limitado e alguns pesquisadores têm buscado identificar a etiologia e as características da síndrome, incluindo FRIED e WALSTON (1998); ROCKWOOD *et al.* (2000); MORLEY *et al.* (2002); GUILLEY *et al.*

(2003); LIPSITZ (2004); ESPINOZA e WALSTON (2005), FRIED *et al.* (2005), PUTS *et al.* (2005a, b) e WALSTON *et al.* (2006).

1.2 Relevância do estudo

As tentativas de uma definição consensual de fragilidade têm gerado um aumento da produção de conhecimento sobre o tema, particularmente nos EUA, no Canadá e na Suíça. No Brasil, no entanto, em busca nos bancos de dados *Ageline*, *Lilacs*, *Medline*, *Psychinfo* e *Scielo*, realizada para o período de janeiro de 1980 a julho de 2006, a pesquisadora não encontrou publicação científica cujo objetivo fosse estudar a problemática decorrente das múltiplas definições de fragilidade. Preenchendo uma lacuna sobre a abordagem do tema, esse estudo representa a participação inicial do Brasil em uma discussão científica essencial para a promoção da saúde dos idosos.

Considerando que o declínio funcional e a hospitalização são conseqüências importantes da fragilidade em idosos e que há potencial para a prevenção e para o tratamento da síndrome, este estudo poderá fornecer informações preliminares que, a médio e longo prazo, contribuirão para:

- Facilitar a distinção, se houver, entre as prováveis manifestações da síndrome clínica de fragilidade e as características do envelhecimento.

Segundo LOURENÇO *et al.* (2005), 80% dos idosos brasileiros são saudáveis e entre 10% e 25% são frágeis. Entretanto, alguns profissionais de saúde têm considerado que a fragilidade é uma condição intrínseca ao envelhecimento, atitude que implica intervenções tardias com potencial mínimo de reversão das conseqüências adversas da síndrome, incluindo a redução da expectativa de vida saudável (FRIED *et al.*, 2004).

- Demonstrar a necessidade da definição consensual de fragilidade.

NASH *et al.* (2005) afirmam que a utilização de uma terminologia comum referente à fragilidade facilitaria a comunicação entre os profissionais de saúde e entre esses e os clientes. A disponibilidade de indicadores dessa síndrome nos bancos de dados relativos à saúde da população facilitaria a organização das políticas de implementação de serviços de atendimento à saúde dos idosos.

- Confirmar a necessidade de critérios para a identificação da síndrome.

Para FRIED e WALSTON (2000), a incoerência no uso do termo fragilidade tende a ser um fator de complicação nas estratégias de prevenção e de promoção da saúde dos idosos. Segundo esses autores, a percepção clínica dos profissionais de saúde sobre fragilidade deve ser transformada em definições explícitas, possibilitando a realização de programas que minimizem as conseqüências da síndrome na população de risco. O estabelecimento de critérios beneficia os idosos que se encontram em uma condição subclínica da síndrome pela implementação de medidas preventivas. Para os idosos que estão em estágios avançados de fragilidade, critérios específicos de avaliação influenciarão a conduta terapêutica a ser adotada para adiar ou, em última instância, amenizar as conseqüências adversas. Essa conduta resultará em melhores prognósticos para a preservação da capacidade funcional dos idosos.

1.3 Fundamentação teórica

A palavra definição vem do latim *definire* (delimitar), derivado de *finis* (limite), e sugere o estabelecimento de limites para a identificação de um objeto (KORPELA, 2004). As duas formas do particípio do verbo *definire*, o *definiendum* (que vai ser definido) e o *definiens* (que define), referem-se respectivamente, aos termos à direita e à esquerda do símbolo “=df” que expressa a afirmativa “é por definição” na filosofia, na lógica e na matemática. Na frase “a fragilidade no

idoso torna-se perceptível pela perda gradual da autonomia”, fragilidade no idoso é o *definiendum* e perda gradual de autonomia é o *definiens*.

A equivalência entre o *definiendum* e o *definiens* caracteriza o alcance da definição (DAHLBERG, 1978). Essa equivalência, no entanto, não é perfeita e revela a identidade confusa das definições: os dois termos estão relacionados, mas conservam a distinção. A definição “fragilidade em idosos significa vulnerabilidade aos desafios ambientais”, exemplifica essa ambivalência.

A habilidade de definir termos é uma competência lingüística que promove o aprimoramento da comunicação pela ampliação do vocabulário e redução da ambigüidade semântica. Para a produção do conhecimento científico, as definições tornam-se imprescindíveis no início das discussões técnicas, mas esse processo pode gerar debates. A função de definir pode ser da lógica, da lingüística ou da terminologia; porém, o conteúdo da definição é estabelecido pela área do conhecimento porque a definição assume a especificidade não excludente do objeto de cada ciência (PAVEL e NOLET, 2002). Dessa forma, fragilidade no idoso pode ser definida: (1) na medicina, como uma síndrome caracterizada pelo declínio acelerado dos sistemas fisiológicos; (2) na sociologia, como uma condição de segregação; (3) na psicologia, como um período de luto; (4) na terapia ocupacional, como dificuldade para a realização das atividades de vida diária (AVDs).

Ser explicativa e breve são duas propriedades das definições (PAULI, 1997). Quando precedem as discussões, a natureza explicativa das definições torna as exposições mais claras e na busca de consenso sobre um termo específico, a delimitação de critérios e as definições de problemas podem facilitar os debates. A indicação de equivalência ao *definiendum*, função principal das definições teóricas, deve ser breve e não apresentar juízo de valores ou de comprovações de veracidade.

Segundo PAULI (1997), as definições podem ser classificadas com base nas formas de se estabelecer equivalência entre o *definiendum* e o *definiens*, como ocorre nas definições *teóricas* e nas *operacionais*. A *definição teórica* restringe-se à relação de equivalência entre o *definiendum* e o *definiens* na dimensão teórica. A *definição operacional* acrescenta a característica de

mensuração à definição teórica ao indicar o nível de medida e a unidade utilizada. Operacionalmente, um exemplo de definição de idosos frágeis pode ser:

Idosos frágeis são os indivíduos com 65 anos ou mais que apresentam no mínimo três das seguintes características: perda de peso não intencional, redução da força de preensão, diminuição das atividades físicas, auto-relato de fadiga e diminuição da velocidade da marcha (FRIED *et al.*, 2001).

Validade das definições

A discussão sobre a validade das definições apresentada a seguir está fundamentada no trabalho de WATT e VAN DEN BERG (2002).

O processo de construção das definições situa-se em três dimensões: (1) real, onde ocorrem os fenômenos; (2) lingüística, na qual os fenômenos são expressos em definições teóricas; (3) quantitativa ou de mensuração, na qual os conceitos são considerados variáveis descritas por definições operacionais. As definições teóricas aproximam a dimensão real e a lingüística, enquanto as definições operacionais estabelecem as relações entre as dimensões lingüística e quantitativa (Figura 1).

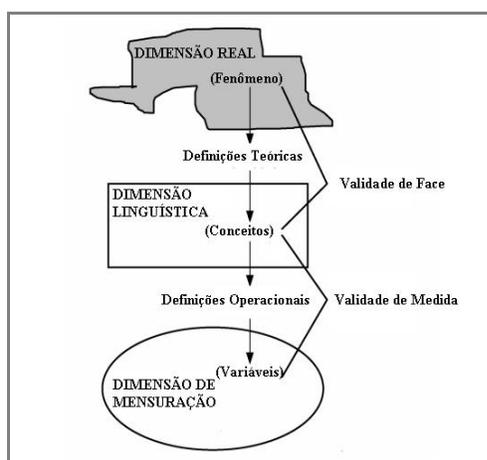


Figura 1. Relação entre definições teóricas e operacionais

FONTE: WATT e VAN DEN BERG, 2002, p.18.
Traduzido.

Embora não seja possível transferir toda a peculiaridade de fenômenos da dimensão real para as definições teóricas e operacionais, o grau de aproximação em que esse processo é realizado determina a validade das definições. A validade de face ou validade de conteúdo pode ser mais ou menos robusta, observando-se a adequação e a equivalência do sentido das definições teóricas propostas para explicar o fenômeno. Da mesma forma, a robustez da validade de medida é determinada pela especificidade por meio da qual as definições operacionais expressam quantitativamente o significado contido nas definições teóricas.

WATT e VAN DEN BERG (2002) afirmam que a exigência de definições teóricas e operacionais dos conceitos é um requisito da investigação científica para facilitar a resolução de conflitos advindos de resultados contraditórios em pesquisas sobre o mesmo fenômeno. As definições teóricas esclarecem significados de conceitos e facilitam a replicação dos estudos, enquanto as definições operacionais permitem que as medidas realizadas sejam repetidas para a confirmação ou não dos resultados alcançados. O processo de construção de definições teóricas e operacionais é interacional, ou seja, as definições operacionais podem demonstrar a necessidade de maior clareza nas definições teóricas e essas podem direcionar a escolha das medidas utilizadas nas definições operacionais. Esse processo reforça a validade de conteúdo ou validade de face das definições teóricas.

1.3.1 Definições de fragilidade em idosos: revisão da literatura

Descritores para *frail elderly*⁶

No período de 1977 a 1990, quatro descritores estavam catalogados na *Medical Subject Headings* (MeSH) para buscas sobre fragilidade em idosos na *Medline*:

⁶ Idoso frágil.

- *Aged* (1977-1990)
- *Health Services for the Aged* (1983-1990)
- *Aged, 80 and over* (1987-1990)
- *Health Services Needs and Demand* (1986-1990)

Em 1991, *Frail elderly* foi inserido com o conceito:

Frail elderly are older adults or aged individuals who are lacking in general strength and are unusually susceptible to disease or to other infirmity [Idosos frágeis são adultos mais velhos ou indivíduos idosos que estão com falta de força generalizada e que são susceptíveis, de maneira atípica, às doenças ou outra enfermidade].

Em julho de 2006, foram encontrados vários descritores para a expressão *Frail Elderly* que são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Descritores para *Frail Elderly* (MeSH/Medline, 1991-2006)

Elderly, Frail	Adults, Frail Older
Frail Elders	Frail Older Adult
Elder, Frail	Older Adult, Frail
Elders, Frail	Older Adults, Frail
Frail Elder	Functionally-Impaired Elderly
Frail Older Adults	Elderly, Functionally-Impaired
Adult, Frail Older	Functionally Impaired Elderly

FONTE: www.pubmed.org

Procedimentos e resultados da revisão

A revisão sistemática da literatura sobre definições de fragilidade em idosos foi realizada observando-se as seguintes estratégias de busca:

- Bancos de dados bibliográficos: Ageline, LILACS, Medline, PsycINFO e Scielo.
- Período: janeiro de 1980 a julho de 2006.

- Parâmetros: *Aged(65 + years), Humans, Review articles*⁷.
- Palavras-chave: *Frailty OR frail elderly, definition OR concept, definitions OR concepts*. Na Scielo: *fragilidade OR idoso frágil, definição OR conceito, definições OR conceitos*.

Para inclusão nesta pesquisa, foram considerados os artigos de revisão nos idiomas inglês, português, espanhol e francês que tinham como objetivos a apresentação de conceitos e definições de fragilidade em idosos, bem como a discussão da problemática da inexistência de consenso sobre o termo. Os artigos que apresentaram o tema sob perspectiva única e desconsideraram a multiplicidade de definições foram excluídos. Após a leitura dos resumos dos artigos da busca automática, foram selecionados os estudos que preencheram os critérios de inclusão. Os resultados quantitativos são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Artigos de revisão⁸

Base de dados	Nº artigos	Artigos de revisão selecionados	Artigos de revisão sistemática da literatura
Ageline	24	4	1
Lilacs	17	-	-
Medline	62	7	2
PsycINFO	131	-	-
Scielo	2	-	-

A Tabela 3 apresenta os dois artigos de revisão sistemática da literatura selecionados, observando-se os critérios anteriormente descritos.

Tabela 3. Revisões sistemáticas

Autores e data da Publicação	Número de referências	Número de definições	Base de dados
HOGAN, MACKNIGHT, BERGMAN (2003)	277	34	Medline
MARKLE-REID e BROWNE (2003)	77	18 ⁹	Ageline, Medline

⁷ A *Medline* oferece a opção de busca de artigos de revisão.

⁸ Dos sete artigos selecionados na *Medline*, três foram coincidentes com os artigos selecionados na *Ageline*. Dos dois artigos de revisão sistemática, um constou nas duas bases de dados.

⁹ Os autores descreveram 18 grupos de definições contidas em 42 artigos.

Além dos trabalhos de HOGAN e al. (2003) e de MARKLE-REID e BROWNE (2003) foram selecionados seis artigos com base na relevância dos objetivos (Tabela 4).

Tabela 4. Artigos adicionais

Autores e data da publicação	Número de referências	Número de definições	Base de dados
HAMERMAN (1999)	141	11	Medline
ROCKWOOD <i>et al.</i> (2000)	49	5	Medline
BORTZ (2002)	86	3	Ageline Medline
KAETHLER <i>et al.</i> (2003) ¹⁰	30	8	Ageline
FERRUCCI <i>et al.</i> (2003) ¹¹	87	33	Medline
FRIED <i>et al.</i> (2004)	54	3	Ageline Medline

Para organizar as definições contidas nos oito artigos selecionados, a pesquisadora leu os estudos na íntegra e consultou os resumos das referências indicadas. A seguir, são descritos os conteúdos dos oito artigos e as definições apresentadas pelos respectivos autores.

1. Models, definitions, and criteria of frailty (HOGAN et al., 2003).

HOGAN *et al.* (2003) descrevem os antecedentes históricos do termo fragilidade na literatura médica e elaboram uma síntese dos modelos, critérios e definições propostos para fragilidade em idosos. As 34 definições são apresentadas nos Quadros 4a, 4b e 4c, conforme o grupo correspondente: (1) dependência na realização das atividades de vida diária (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs); (2) vulnerabilidade aos estresses ambientais, às doenças, ao declínio funcional e às conseqüências adversas; (3) estados patológicos agudos e crônicos. Na seqüência, o Gráfico 1 mostra o número de definições por grupo.

¹⁰ O objetivo do estudo de KAETHLER *et al.* (2003) justificou a seleção do mesmo: conhecer o conceito de fragilidade em idosos sob a perspectiva de profissionais de saúde.

¹¹ FERRUCCI *et al.* (2003) discutem fragilidade em idosos na área da oncologia, mas a inclusão do estudo está justificada por apresentar 33 definições de fragilidade em idosos.

Quadro 4a. Grupo 1 – Dependência nas AVDs e nas AIVDs

Fragilidade	Idosos frágeis	
Fragilidade física é a existência de déficits nas habilidades físicas necessárias para a independência (NIA, 1991).	Idosos debilitados que não conseguem sobreviver sem a ajuda substancial de outros (Gillick, 1989).	Idosos que preenchem critérios para institucionalização (Kowinsky <i>et al.</i> , 2003).
Capacidade diminuída para desempenhar as AVDs e para manter as interações sociais com os familiares, amigos e conhecidos, oferecendo e recebendo apoio (Brown <i>et al.</i> , 1995; Raphael <i>et al.</i> , 1995).	Idosos com idade superior a 65 anos com um ou mais de um déficit cognitivo, funcional ou social (Bowsher <i>et al.</i> , 1993).	Pessoas acima de 65 anos, frequentemente institucionalizados que são dependentes de outros para a realização das AVDs (Woodhouse <i>et al.</i> , 1988; Woodhouse, O'Mahony, 1997).
Institucionalização (Rockwood, Stolee, McDowell, 1996).	Pessoas mais velhas que necessitam de assistência porque têm algum grau de incapacidade (Seeman <i>et al.</i> , 2001).	Pessoas com déficits nas AVDs que requerem assistência de outros (Kay, 1989).
Perdas funcionais que interferem na capacidade de manter a autonomia no cotidiano (Becker, 1994).	Idosos dependentes cujos déficits físicos e/ou cognitivos impedem a funcionalidade (Tennstedt e Makiney, 1994).	Limitações crônicas para a realização de AVDs ou de AIVDs (Soldo <i>et al.</i> , 1990).

FONTE: HOGAN *et al.*, 2003, p. 12-13. Traduzido e adaptado.

Quadro 4b. Grupo 2 – Vulnerabilidade aos estresses ambientais, às doenças, ao declínio funcional e às consequências adversas

Perda de reservas fisiológicas em idosos que os priva de segurança (Young, 1986).	Vulnerabilidade aos desafios ambientais (Fretwell, 1990).
Idosos frágeis são adultos mais velhos ou indivíduos velhos que não têm força e são susceptíveis, de maneira atípica, às doenças (NLM, 1990).	Perda sistêmica de reservas fisiológicas, fraqueza e vulnerabilidade generalizada (Verbrugge, 1991).
Indivíduos sem força, frágeis, de constituição delicada. Estado de reserva fisiológica reduzida associado à susceptibilidade aumentada para incapacidade (Buchner, Wagner, 1992).	Fragilidade física é o resultado de perdas cumulativas em sistemas fisiológicos que resultam em capacidade funcional reduzida e intolerância aos desafios (Weiner <i>et al.</i> , 1992).
Grupo de problemas e perdas de capacidade que tornam os indivíduos mais vulneráveis aos desafios ambientais. Uma pessoa frágil tem deficiências em mais de uma área: física, nutricional, cognitiva e sensorial (Strawbridge <i>et al.</i> , 1998).	Vulnerabilidade aumentada aos estresses ou desafios, resultante de déficits em múltiplos domínios que comprometem as habilidades de compensação (Tinetti <i>et al.</i> , 1995).
Perda da homeostase funcional, ou seja, da capacidade do indivíduo sobrepujar a doença sem perda funcional (Carlson <i>et al.</i> , 1998).	Idosos frágeis são indivíduos com falta de força generalizada e que são susceptíveis, de maneira atípica, às doenças (Lundin-Olson <i>et al.</i> , 1998).
Risco que idosos têm de desenvolver ou piorar as limitações funcionais ou as incapacidades, considerando-se os efeitos combinados de déficits e de fatores moduladores. Enfatiza a natureza progressiva e dinâmica da fragilidade (Lebel <i>et al.</i> , 1999).	Síndrome biológica de diminuição de reserva e de resistência aos estressores, resultante de declínio cumulativo nos múltiplos sistemas fisiológicos e que causam vulnerabilidade aos efeitos adversos (Fried <i>et al.</i> , 2001).
Combinação de déficits ou condições que aumentam com o avanço da idade e contribuem para tornar o idoso mais vulnerável às mudanças ambientais e ao estresse (Nourhashem <i>et al.</i> , 2001).	Idosos vulneráveis são pessoas de 65 anos e acima com alto risco de declínio funcional ou morte em período de dois anos (Saliba <i>et al.</i> , 2001).
Incapacidade para se recuperar de doenças agudas, estresses emocionais ou quedas (Gillick, 2001).	Incapacidade para readquirir a função após acometimento por doença aguda (Rozzini <i>et al.</i> , 2000).
A fragilidade é caracterizada por alto grau de susceptibilidade às mudanças externas e internas que requerem adaptação ou compensação. Os pacientes frágeis têm alto risco de “ruptura” da homeostase e apresentam respostas desfavoráveis de saúde, incluindo incapacidade e morte (Ferrucci <i>et al.</i> , 2002).	Estágio intermediário no qual o indivíduo encontra-se em alta vulnerabilidade aos estressores clínicos, psicossociais e ambientais (Hirdes <i>et al.</i> , 2003). Condição patológica que resulta em uma constelação de sinais e de sintomas, caracterizada por alta susceptibilidade, declínio iminente na função física e alto risco de morte (Ferrucci <i>et al.</i> , 2003)

FONTE: HOGAN *et al.*, 2003, p. 13-14. Traduzido e adaptado.

Quadro 4c. Grupo 3 – Estados patológicos agudos e crônicos

Idosos com doenças crônicas (MacAdam *et al.*, 1989).

Comorbidade (Reschovsky, Newman, 1990).

Condição médica única, caracterizada como séria e com subsequente limitação (Onder *et al.*, 2002).

FONTE: HOGAN *et al.*, 2003, p.14. Traduzido e adaptado.

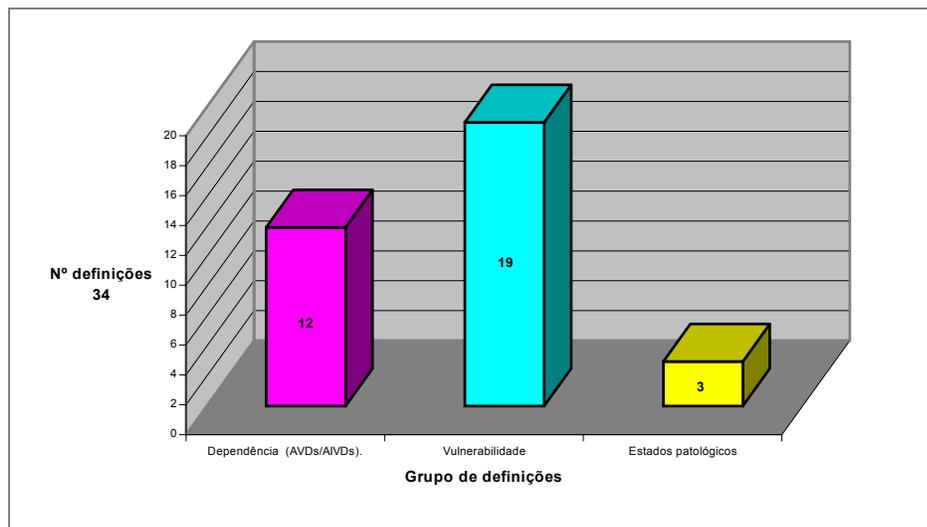


Gráfico 1. Número de definições por grupo segundo HOGAN *et al.* (2003)

No mesmo estudo, HOGAN *et al.* (2003) identificam 30 critérios (definições operacionais) de fragilidade e concluem que diferentes termos são utilizados para expressar conceitos similares. Os autores reafirmam a necessidade da integração e ampliação do conhecimento sobre o tema por troca de informações entre pesquisadores de várias disciplinas e observam que a interação dos componentes biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e clínicos deve ser considerada na clínica e na pesquisa. Os critérios para descrever idosos frágeis são apresentados a seguir nos Quadros 5a, 5b, 5c e 5d, organizados pela pesquisadora, conforme os objetivos dos estudos para os quais foram estabelecidos.

Quadro 5a. Estudos de intervenção

Objetivos	Crítérios
Estudo de intervenção por administração de vitamina D e prática de exercícios físicos para identificar fragilidade em idosos.	Pacientes hospitalizados, ≥ 65 anos com uma das condições: acidente vascular encefálico (AVE), doença crônica que gera incapacidade, confusão, dependência nas AVDs, depressão, quedas, déficit de mobilidade, incontinência, subnutrição, polifarmácia, úlcera de pressão, repouso prolongado no leito, contenção física, déficit sensorial e problemas sócio-econômicos / familiares.
Selecionar sujeitos para amostra de estudo de intervenção.	Ter idade igual ou superior a 70 anos e viver em instituição de longa permanência.
Para planejamento de intervenção.	Uma das seguintes condições: preocupações com a vida na comunidade, luto recente, hospitalização ou acometimento por doença aguda, alta frequência de consultas médicas, múltiplos problemas clínicos, polifarmácia, efeitos colaterais de medicamentos, déficit ou declínio funcional e diagnóstico não conclusivo.
Investigar os benefícios de suplemento nutricional em idosos frágeis subnutridos.	Indivíduos ≥ 65 anos que recebem assistência domiciliar (cuidados pessoais, afazeres domésticos e/ou preparação das refeições) e se encontram em alto risco de desnutrição (perda de peso involuntária $> 5\%$ no último mês; $> 7,5\%$ há três meses; $> 10\%$ há 6 meses + IMC $< 27 \text{ kg/m}^2$ ou IMC $< 24 \text{ kg/m}^2$)
Examinar a efetividade de um programa de exercícios na prevenção de declínio funcional em idosos com fragilidade física.	Tempo superior a 10 segundos para finalizar um teste de marcha e/ou não conseguir levantar-se de uma cadeira com os braços cruzados. Um critério significa fragilidade moderada e os dois critérios indicam fragilidade severa.
Investigar os efeitos de 17 semanas de exercícios físicos e de suplemento nutricional no bem-estar fisiológico de 139 idosos frágeis.	Usuários de serviços de saúde com 70 anos ou mais que apresentaram auto-relato de índice de massa corporal (IMC) de 25 kg/m^2 ou menos ou ainda que observaram perda de peso involuntária quando foram admitidos como participantes em um estudo de intervenção para idosos frágeis.
Investigar o efeito de um programa de exercícios em grupo no estado de humor de idosas frágeis após alta hospitalar.	Pacientes do gênero feminino com 75 anos ou mais que foram hospitalizadas com diagnóstico de doença aguda e tiveram dificuldade com mobilidade e equilíbrio por ocasião da internação.

FONTE: HOGAN *et al.*, 2003, p.14-20. Traduzido e adaptado.

Quadro 5b. Estudos comparativos

Objetivos	Crítérios
Conhecer a prevalência de fragilidade pela comparação de três critérios.	- dependência nas AVDs; - dependência nas AVDs, auto-relato de saúde precária ou demência; - dependência nas AVDs ou das AIVDs.
Comparar três definições operacionais em homens idosos.	(1) Inatividade física associada à ingestão energética de menos de 7,6 MJ por dia; (2) perda de peso de mais de 4 kg em 5 anos; ou (3) IMC $< 23,5 \text{ kg/m}^2$.
Discutir a associação entre a interleucina 6 (IL-6) e as doenças relacionadas à idade e à fragilidade.	As características da fragilidade são: osteopenia, redução da massa corporal magra, diminuição nos níveis de colesterol sérico e albumina, aumento dos mediadores inflamatórios e anemia em grau leve para moderado.
Estudar a relação entre a <i>performance</i> em testes psicométricos e a <i>performance</i> física em idosos	Pontuações no <i>Modified Physical Performance Test</i> (PPT) com 36 pontos: não frágil (32-36); grau leve de fragilidade (25-31); grau moderado de fragilidade (17-24).
Comparar três definições operacionais.	1) Ser parcial ou totalmente dependente na realização de uma ou mais AVDs. 2) Ser dependente em uma ou mais AVDs, apresentar problemas cognitivos e relatar saúde precária. 3) Resultante entre déficits e recursos, sendo considerados como déficits: ≥ 2 problemas de saúde, ≥ 1 déficit na AVD, ≥ 1 déficit na AIVD. Recursos: disponibilidade do cuidador, > 12 anos de escolaridade, auto-relato de saúde excelente.
Comparar níveis séricos de proteína de fusão (F) e de dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) em idosos da comunidade e institucionalizados e testar a hipótese de que mesmo o excesso leve de F pode estar relacionado às características de fragilidade em idosos.	Idosos institucionalizados com pontuação ≤ 20 no Mini Exame do Estado Mental e com dificuldade no desempenho de quatro ou mais AVDs.

FONTE: HOGAN *et al.*, 2003, p.14-20. Traduzido e adaptado.

Quadro 5c. Estudos de identificação

Objetivos	Crítérios
Identificar fragilidade em pacientes idosos hospitalizados.	Instrumento de avaliação com sete itens, incluindo questões sobre função cognitiva, mobilidade, nutrição, diagnóstico/ tratamento e idade acima de 85 anos.
Estudar idosos frágeis hospitalizados em comparação com idosos não frágeis.	Pontuação no Índice de Barthel (IB) igual ou inferior a 95 (condição pré-mórbida) duas semanas antes da hospitalização.
Identificar pacientes idosos em alto risco de desenvolver incapacidade decorrente de episódios agudos.	Aplicação do <i>Hospital Admission Risk Profile</i> (HARP) [Perfil de risco na internação hospitalar] que consiste em uma avaliação de cinco pontos que considera a idade, a pontuação no Mini Exame do Estado Mental e o desempenho nas AIVDs em avaliação prévia à internação.
Identificar preditores de fragilidade com o propósito de verificar requisitos para receber cuidados.	Auto-relato de quatro variáveis: idade, condições que interferem na realização das atividades de vida diária (AVDs), necessidade de assistência no banho, necessidade de ajuda para tomar medicamentos.
Examinar tendências de diagnósticos específicos em 6000 indivíduos com 65 anos e acima que utilizam serviços médicos ambulatoriais e de internação.	Hospitalização por uma das sete condições: pneumonia, infecção do trato urinário, celulite/abscesso nos membros inferiores, septicemia, desidratação, síncope e fratura de quadril.
Investigar se a homeostase é fator preditor de conseqüências adversas em um período de seis meses após a alta hospitalar em idosos.	Idosos hospitalizados com declínio da capacidade funcional, indicado por, no mínimo, um ponto na <i>Functional Independence Measure</i> (FIM) [Medida de Independência Funcional – MIF] em medidas realizadas antes da doença e por ocasião da alta hospitalar.
Investigar os fatores de equilíbrio e de força muscular como preditores de fragilidade em idosos.	Indivíduos com 21 pontos ou mais na <i>World Health Organization Assessment of Functional Capacity</i> (WHO-AFC), associado ao auto-relato de saúde precária ou satisfatória. Uma pontuação de 20 ou menos na WHO-AFC sugere que a pessoa pode desempenhar todas ou a maioria das atividades básicas e instrumentais de vida diária de maneira independente. Não havendo concordância entre as duas medidas, o indivíduo é considerado frágil ou não com base no auto-relato de saúde.
Identificar e analisar preditores de fragilidade em 574 sujeitos de 65 a 102 anos.	Auto-relato de 16 variáveis agrupadas em quatro domínios, sendo considerado frágil o participante do estudo com problema em dois ou mais domínios: <ul style="list-style-type: none"> - capacidade funcional física: perda súbita de equilíbrio, fraqueza nos membros superiores, fraqueza nos membros inferiores, sentir tontura na posição ereta; - condição nutricional: inapetência e perda de peso; - função cognitiva: dificuldade para encontrar a palavra correta, para se lembrar de fatos, para se lembrar onde colocou objetos e para se concentrar; - sistema sensorial: visão (dificuldades para ler jornais, para reconhecer um amigo do outro lado da rua, para ler placas de sinalização à noite); audição (dificuldades para ouvir ao telefone, para ouvir conversa em ambiente tranquilo e em ambiente com barulho).
Examinar como a vulnerabilidade e os eventos hospitalares contribuíram para a dependência funcional.	Os fatores predisponentes observados foram: velocidade da marcha, pontuação no Mini Exame do Estado Mental e idade (< 85 anos).
Definir fragilidade operacionalmente.	Modificação do critério <i>Ministry of Health and Welfare</i> para avaliação de dependência funcional por meio de um questionário auto-administrado. Os sujeitos (> 65 anos e da comunidade) que se avaliaram como sendo independentes nas atividades de vida diária (AVDs) em casa, mas que precisavam de assistência para sair de casa foram considerados frágeis.
Identificar idosos em risco de fragilidade.	Aplicação de questionário de 16 perguntas distribuídas em cinco domínios: função física, nutrição, função cognitiva, déficit visual e déficit auditivo. Os respondentes com dificuldade em mais de um domínio foram considerados em alto risco para fragilidade.
Identificar idosos frágeis em instituições de longa permanência.	Utilização de uma medida de saúde baseada no <i>Minimum Data Set – Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs</i> (MDS-CHESS). Trata-se de uma escala de seis pontos (graduada de 0 a 5) que considera os seguintes sinais e sintomas: vômito, desidratação, rejeitar 25% do alimento nas refeições, perda de peso, dispnéia, edema, déficit cognitivo, declínio nas AVDs e doença terminal.

FONTE: HOGAN *et al.*, 2003, p.14-20. Traduzido e adaptado.

Quadro 5d. Estudos para desenvolver instrumentos de avaliação

Objetivos	Crítérios
Descrever uma escala de fragilidade.	<p>Escala constituída de quatro níveis baseada na <i>Geriatric Status Scale</i> pontuada de 0 a 3, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - marcha independente, independência nas AVDs, continência urinária e fecal e integridade da função cognitiva: 0 - somente incontinência urinária: 1 - uma ou mais das seguintes condições: necessidade de assistência na mobilidade ou nas AVDs, déficit cognitivo sem diagnóstico de demência ou ainda, incontinência urinária ou fecal: 2. (Se houver incontinência, duas ou mais das condições citadas) - duas ou mais das seguintes condições: dependência total para transferência ou dependência para o desempenho de uma ou mais AVDs, incontinência urinária e fecal e diagnóstico de demência: 3. (Se houver incontinência, três ou mais das condições citadas)
Risco de declínio funcional para atendimento em serviços de geriatria.	Desenvolvimento de uma escala de fragilidade com 10 itens: cognição (teste de desenho do relógio), número de internações hospitalares no último ano, auto-relato de saúde, atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), disponibilidade de rede de apoio social, utilização de medicamentos, nutrição, humor, continência e mobilidade.
Desenvolver escala para identificar idosos vulneráveis na comunidade utilizando amostra de 6.205 beneficiários do <i>Medicare</i> .	Desenvolvimento de uma escala na qual escore ≥ 3 indica vulnerabilidade. O instrumento consistiu na avaliação de quatro domínios: <ul style="list-style-type: none"> - Idade: 75-84 anos (1 ponto) e ≥ 85 anos (3 pontos). - Auto-relato de saúde: razoável ou precária (1 ponto). - Atividade física composta de 6 itens: muita dificuldade (1 ponto) e não realização (2 pontos). - Atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) constituída de 5 itens: dificuldade na realização de qualquer item (4 pontos).
Desenvolver e operacionalizar um fenótipo de fragilidade em idosos.	Síndrome clínica identificada por três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso não intencional, auto-relato de fadiga, força de preensão reduzida, diminuição da velocidade da marcha e atividade física reduzida.
Propor critérios efetivos de identificação da fragilidade: inatividade e perda de peso	Inatividade física, definida exclusivamente em uma escala de atividade ou associada à perda de peso, como fator de predição de aumento de doenças crônicas, auto-relato de saúde mais precária, declínio no desempenho físico e mais incapacidade.

FONTE: HOGAN *et al.*, 2003, p.14-20. Traduzido e adaptado.

2. *Conceptualizations of frailty in relation to older adults (MARKLE-REID e BROWNE, 2003).*

MARKLE-REID e BROWNE (2003) criticam o conceito de fragilidade como entidade exclusivamente física e sugerem uma abordagem teórica com ênfase em quatro características: (1) múltiplas dimensões; (2) desvinculação entre o conceito e a idade para evitar o reforço do estereótipo negativo associado ao envelhecimento; (3) subjetividade das percepções no contexto individual; (4) observação da interação entre os fatores individuais e ambientais.

As autoras apresentam uma relação de sinônimos, antônimos e definições do termo fragilidade e classificam essas definições em seis modelos conceituais: (1) fragilidade e incapacidade; (2) física da fragilidade; (3) ciclo da fragilidade; (4) modelo original das ciências físicas; (5) modelo dinâmico de fragilidade; (6) fragilidade como uma construção social. São avaliadas as implicações dos pressupostos dos modelos para as políticas de atendimento à saúde, pesquisas e clínica.

As definições dos 42 artigos encontrados na revisão de MARKLE-REID e BROWNE (2003) foram classificadas em 17 grupos (Quadro 6). O Gráfico 2 mostra a frequência do número de artigos por grupos de definições e o Quadro 7 indica os sinônimos e os antônimos de fragilidade em idosos.

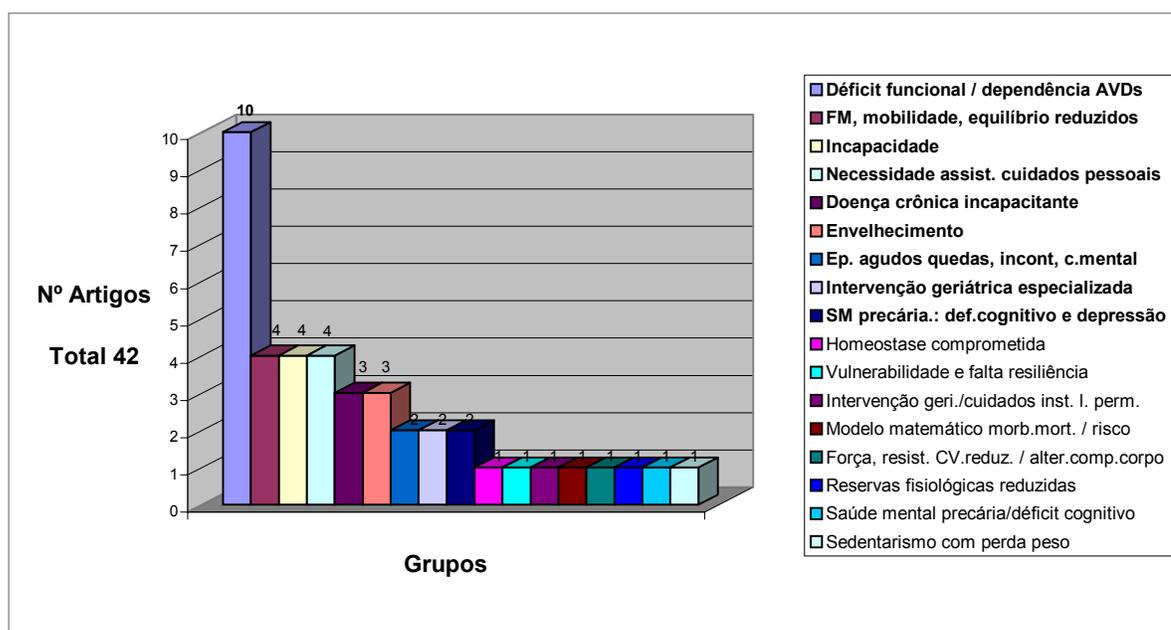


Gráfico 2. Artigos por grupos de definições segundo MARKLE-REID e BROWNE (2003)

Quadro 6. Grupos de definições de fragilidade

Comprometimento dos mecanismos de homeostase. (Carlson <i>et al.</i> , 1998)	Modelo matemático de morbidade e mortalidade para denotar uma variável latente associada com extensão de risco (Vaupel <i>et al.</i> , 1979).
Diminuição da força muscular, mobilidade e equilíbrio (Dayhoff e Suhrheinrich, 1998; Hadley <i>et al.</i> , 1993; Kline, 1995; Ory <i>et al.</i> 1993).	Necessidade de assistência formal ou informal para os cuidados pessoais ou para tarefas domésticas (Guralnik e Simonsick, 1993; Hall <i>et al.</i> , 1992; Kennie e Warshaw, 1989; Payette <i>et al.</i> , 1999).
Envelhecimento (Burnside, 1990; Hirdes <i>et al.</i> , 1994; Walston e Fried 1999).	Saúde mental precária. Exs.: déficit cognitivo e depressão (McDougall e Balyer, 1998; Tennstedt <i>et al.</i> , 1992)
Déficit funcional e dependência nas atividades de vida diária (<i>Minister for Senior Citizens Affairs, Seniors Seretaryiat</i> 1985, Winograd <i>et al.</i> 1988, Chichin 1989, MacAdam <i>et al.</i> 1989, Tennstedt <i>et al.</i> 1990, Winograd <i>et al.</i> 1991, Cox 1993, Schulz & Williamson 1993, Rockwood <i>et al.</i> , 1994, Anderson e Johnson 1996).	Reservas fisiológicas reduzidas (Bortz, 1993).
Saúde mental precária. Ex.: déficit cognitivo (Burnside, 1990).	Redução da força, flexibilidade, resistência cardiovascular e alterações na composição corporal (Wolf <i>et al.</i> , 1996).
Doença crônica incapacitante (Lawton, 1991; MacAdam <i>et al.</i> , 1989; Winograd <i>et al.</i> , 1991).	Saúde mental precária. Exs.: déficit cognitivo e depressão (McDougall e Balyer, 1998; Tennstedt <i>et al.</i> , 1992).
Incapacidade (Hallfors <i>et al.</i> , 1994; Lawton, 1991; Schulz e Williamson, 1993; Williams <i>et al.</i> , 1989).	Sedentarismo associado à perda de peso (Chin A Paw <i>et al.</i> , 1999).
Intervenção geriátrica especializada (Clayman, 1990; Winograd <i>et al.</i> , 1988).	Fraqueza, constituição delicada, vulnerabilidade ou falta de resiliência (Buchner e Wagner, 1992).
Intervenção geriátrica especializada e cuidados em instituição de longa permanência (Gruenberg <i>et al.</i> , 1990).	

FONTE: MARKLE-REID e BROWNE, 2003, p.60. Traduzido.

Quadro 7. Sinônimos e antônimos de fragilidade

Sinônimos	Antônimos
Funcionalmente vulnerável (Morris <i>et al.</i> , 1984; Tennsted <i>et al.</i> , 1990).	Robusto <i>versus</i> debilitado e vulnerabilidade geral (Verbrugge, 1991).
<i>Failure to thrive</i> ¹² (Berckman <i>et al.</i> , 1989).	Vigoro <i>versus</i> frágil (Speechley e Tinetti, 1991).
Doença crônica e incapacidade (Pawlson, 1998; Maçadas <i>et al.</i> , 1989, Lawton, 1991).	Vitalidade <i>versus</i> fragilidade (Bortz, 1993).
Debilidade e vulnerabilidade geral (Verbrugge, 1991).	Independência <i>versus</i> autonomia (Becker, 1994).
Dependência funcional (Leutz <i>et al.</i> , 1992; Cox, 1993).	Idosos que estão bem <i>versus</i> idosos frágeis (Rockwood <i>et al.</i> , 1994).
Incapacidade funcional (Buchner e Wagner, 1992; FRIED, 1994; Hallfors <i>et al.</i> , 1994).	Envelhecimento biológico <i>versus</i> envelhecimento cronológico (Rockwood <i>et al.</i> , 1994).
Envelhecimento biológico (Rockwood <i>et al.</i> , 1994).	Resistente <i>versus</i> frágil (Raphael <i>et al.</i> , 1995).
Capacidade diminuída para responder às situações estressantes (Jarrett <i>et al.</i> , 1995).	
Frágil, delicado, sensível, facilmente perturbado (Ebersole e Hess, 1998).	
Síndrome de desgaste, comum em pessoas com idade avançada (Walston e Fried, 1999).	
Dependência crônica de várias formas (Tennstedt <i>et al.</i> , 1999).	

FONTE: MARKLE-REID e BROWNE, 2003, p.60. Traduzido.

3. *Toward an understanding of frailty (HAMERMAN, 1999).*

HAMERMAN (1999) discute os correlatos fisiológicos de fragilidade em idosos e indica que as seguintes condições estão associadas à síndrome: idade avançada, declínio funcional, quedas, déficit nutricional e declínio cognitivo. O autor modifica o modelo clínico de estágios relativos à prevenção primária, secundária e terciária de FRIED (1994), substituindo esses termos por envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento típico e envelhecimento patológico. As definições destacadas por HAMERMAN (1999) são descritas no Quadro 8.

¹² *Failure to thrive*: expressão advinda da pediatria na década de 1970, utilizada por alguns autores para indicar idosos com comorbidades, déficits funcionais ou ambos. Quatro síndromes são prevalentes em pacientes com *failure to thrive*: déficit de função física, desnutrição, depressão e déficit cognitivo (SARKISIAN, C.; LACHS, M. “Failure to thrive” in older adults. *Ann. Int. Med.*, V.124, i.12, p.1072-1078, 1996).

Quadro 8. Definições citadas por HAMERMAN (1999)

Definições
Demanda excessiva imposta sobre capacidade reduzida (Powell, 1997).
Capacidade diminuída para desempenhar as atividades da vida diária (Brown <i>et al.</i> , 1995).
Equilíbrio precário facilmente perturbado (Rockwood, 1997).
Condição de falta de força em indivíduos que têm constituição delicada ou são frágeis (Buchner e Wagner 1992).
Estado de risco para condições adversas de saúde (Fried, 1994).
Condição de vulnerabilidade aos desafios ambientais (Strawbridge <i>et al.</i> , 1998).
Dificuldade para integrar respostas eficientes perante estresse (Rockwood <i>et al.</i> , 1994).

4. *Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people (ROCKWOOD et al., 2000).*

ROCKWOOD *et al.* (2000) apresentam uma revisão das características de fragilidade e discutem alguns instrumentos de medidas da síndrome. Os autores indicam as relações entre fragilidade, envelhecimento e incapacidade, sugerindo que a idade cronológica, como fator isolado, não representa risco para a perda da saúde e ressaltam ainda, que as medidas dessa entidade devem ser sensíveis à interação dinâmica entre os componentes. O Quadro 9 apresenta as definições citadas por ROCKWOOD *et al.* (2000).

Quadro 9. Definições citadas por ROCKWOOD *et al.* (2000)

Definições
Constructo multifatorial cuja consequência adversa pode ser a institucionalização (Piantanelli <i>et al.</i> , 1992).
Desequilíbrio entre recursos e déficits individuais que pode levar à instabilidade (Rockwood <i>et al.</i> , 1994).
Condição que emerge da interação entre sistemas por diversos mecanismos, podendo resultar em limiar próximo da falência, frequentemente subclínico (Brown e Raphael, 1995).
Declínio na reserva de múltiplos sistemas que coloca os idosos em risco de incapacidade ou morte perante estresses de menor impacto (Campbell e Butchner, 1997).
Alteração do equilíbrio metabólico, caracterizada por declínio hormonal e por superexpressão de citocinas (Hamerman, 1999).

5. *A conceptual framework of frailty: a review (BORTZ, 2002).*

BORTZ (2002) ressalta que não há clareza na definição do termo fragilidade em idosos. O autor utiliza o conceito de simorfose para explicar a relação direta entre a morfologia e a fisiologia: *design* e função realizam ajustes quantitativos para suprir as necessidades de cada etapa na seqüência de uma atividade. A fragilidade é definida como um estado de fraqueza muscular e de

perdas secundárias na estrutura e na função do organismo que se inicia com a diminuição da prática de atividade física. A síndrome causa declínio na função fisiológica, de maneira distinta do envelhecimento, sendo reversível em resposta às intervenções. As três definições indicadas por BORTZ (2002) estão descritas no Quadro 10.

Quadro 10. Definições citadas por BORTZ (2002)

Definições
Estado caracterizado por déficit severo de mobilidade, equilíbrio, <i>endurance</i> e força muscular (Ory <i>et al.</i> , 1993).
Declínio na reserva de múltiplos sistemas que coloca os idosos em risco de incapacidade ou morte perante estresses de menor impacto (Campbell e Butchner, 1997).
Estado fisiológico de vulnerabilidade aumentada aos estressores, resultante de reservas fisiológicas diminuídas, especialmente caracterizado por desregulação do sistema neuroendócrino, sarcopenia e alterações do sistema imunológico (Fried e Walston, 2001).

6. *Defining the concept of frailty: a survey of multi-disciplinary health professionals (KAETHLER et al., 2003).*

KAETHLER *et al.* (2003) realizaram um *survey* entre profissionais de gerontologia e geriatria para examinar a aplicabilidade clínica de uma definição de fragilidade. Participaram do estudo 11 psicólogos, 12 terapeutas ocupacionais, 14 fisioterapeutas, 23 assistentes sociais, 45 administradores da área de saúde, 53 médicos e 64 enfermeiros. Sessenta e nove por cento dos participantes concordaram com a proposição de que os conceitos de fragilidade e de pessoas idosas frágeis são clinicamente úteis, 15% discordaram e 16% indicaram posição neutra. Houve maior concordância da parte dos fisioterapeutas (79%), seguida dos médicos, enfermeiros e psicólogos (72% por grupo). O percentual de concordância dos administradores, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais foi 67%, 65% e 62%, respectivamente. Os assistentes sociais foram os profissionais que mais discordaram (35%) e os terapeutas ocupacionais (8%), seguidos dos psicólogos (9%), foram os que menos discordaram. O percentual de discordância dos médicos (11%), administradores (11%), fisioterapeutas (14%) e enfermeiros (15%) também foi baixo.

Com base no alto percentual de respostas afirmativas, os pesquisadores concluíram que é importante alcançar um consenso sobre a definição de fragilidade. Na mesma pesquisa, foi solicitado aos participantes que definissem fragilidade e a análise das respostas trouxe as seguintes informações relevantes para a elaboração de uma definição consensual:

- Os respondentes apresentaram temas comuns, sendo que 48% dos profissionais relacionou fragilidade à capacidade funcional e 50% indicou que a presença ou mesmo a predisposição para condições clínicas seria uma característica de fragilidade.
- Os profissionais apresentaram mais de uma resposta às questões, sugerindo que pode haver uma propensão à aceitação de definições potenciais de fragilidade.
- Não foi encontrada uma relação entre a formação profissional e os termos utilizados, indicando que não haveria uma definição específica de fragilidade para cada especialidade. Os fisioterapeutas, por exemplo, não incluíram a vulnerabilidade às quedas com maior frequência do que outros profissionais.
- Alguns profissionais consideraram fragilidade como uma condição, enquanto outros apontaram a questão do risco que antecede essa condição e sobre o qual se deve intervir.

Os resultados do estudo indicaram que não há uma única definição aceita entre os profissionais, situação que gera dificuldades para a utilização clínica do termo. Os autores concluem que as informações do *survey* representam o início de um trabalho em direção à elaboração de uma definição consensual. O Quadro 11 apresenta as definições de fragilidade mencionadas por esses pesquisadores.

Quadro 11. Definições citadas por KAETHLER *et al.* (2003)

Definições	
Vulnerabilidade ao declínio funcional, clínico ou psicológico (Bortz, 1993; Lipsitz e Goldberger, 1992).	Diminuição da capacidade para desempenhar as atividades da vida diária (Brown <i>et al.</i> 2000).
Déficit funcional (Guralnik e Simonsick, 1993).	Comorbidade (Gray-Donald, 1995)
Expressão cumulativa e complexa de respostas homeostáticas alteradas aos estresses resultando em desequilíbrio metabólico (Hamerman, 1999).	Inter-relação de vários sistemas-chave em processo de falência, especialmente os sistemas neuroendócrino e imune que desencadeiam uma espiral decrescente (Cohen, 2000).
Síndrome biológica de diminuição de reserva e de resistência aos estressores resultante de declínio cumulativo nos múltiplos sistemas fisiológicos e que causa vulnerabilidade aos efeitos adversos (Fried <i>et al.</i> , 2001).	Condição de natureza multifatorial que resulta de déficits em múltiplos domínios nas funções física, cognitiva, sensorial e psicossocial (Aminzadeh <i>et al.</i> , 2002).

7. ***Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care (FRIED et al., 2004).***

FRIED *et al.* (2004) argumentam que comorbidade, incapacidade e fragilidade são três entidades clínicas distintas em idosos. Comorbidade é a presença simultânea de duas ou mais doenças identificadas por diagnóstico médico, sendo esse alcançado com base em critérios firmemente estabelecidos. Incapacidade refere-se à dificuldade e à dependência no desempenho de atividades essenciais para a vida, incluindo as atividades de autocuidado e aquelas consideradas importantes para que o indivíduo mantenha sua vida com qualidade. Fragilidade é um estado de alta vulnerabilidade para condições adversas de saúde, incluindo quedas, incapacidade, cuidados por período prolongado e mortalidade. Os autores discutem como a definição adequada de cada entidade pode melhorar a compreensão de problemas de saúde em idosos. A recomendação é que estudos posteriores investiguem essas definições para ampliar o conhecimento de intervenções direcionadas à prevenção e ao tratamento das conseqüências de cada condição. O Quadro 12 descreve as três definições mencionadas por FRIED e colaboradores (2004).

Quadro 12. Definições citadas por FRIED *et al.* (2004)

Definições
Idosos com comorbidade (Hoffman <i>et al.</i> , 1996).
Idosos que estão incapacitados ou dependentes (Tarlov, 1991).
Estado fisiológico de vulnerabilidade aumentada aos estressores, resultante de reservas fisiológicas diminuídas e caracterizado por desregulação do sistema neuroendócrino, sarcopenia e alterações do sistema imunológico (Fried e Walston, 2001).

8. ***The frailty syndrome: a critical issue in geriatric oncology (Ferrucci et al., 2003).***

FERRUCCI *et al.* (2003) apresentam uma síntese sobre o uso da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) em oncologia e discutem a relação entre os conceitos de susceptibilidade, de perda da reserva funcional e de capacidade reduzida para a compensação no paciente idoso. Os autores selecionam 33 definições de fragilidade e analisam as repercussões clínicas da síndrome na oncologia geriátrica (Quadro 13). Pesquisas colaborativas entre geriatras e oncologistas podem contribuir para responder questões científicas sobre fragilidade em idosos, concluem os pesquisadores.

Quadro 13. Trinta e três definições de fragilidade

Definições	
Problemas em domínios da função física, cognição e apoio social que requerem intervenção multidisciplinar (Fisk, 1983).	Idade acima de 65 anos e comorbidade severa (Gloth <i>et al.</i> , 1995).
Alto risco de morte em comparação às pessoas da mesma idade e gênero em uma população específica (Vaupel, 1988).	Idosos internados em hospitais: idade avançada, escores baixos no Mini-Exame do Estado Mental e incapacidade nas AIVDs antes da internação (Sager <i>et al.</i> , 1996).
Idade igual ou superior a 65 anos e incapacidade no desempenho das AVDs (Woodhouse <i>et al.</i> , 1988).	Idade igual ou superior a 65 anos, condições médicas instáveis, limitações funcionais e/ou síndromes geriátricas potencialmente reversíveis (Siu <i>et al.</i> , 1996).
Idade igual ou superior a 75 anos e déficit funcional (Mayer-Oakes, Oye, Leake, 1991).	Demência ou condição terminal (Grunfeld <i>et al.</i> , 1997).
Uma das seguintes condições: (1) acidente vascular encefálico; (2) qualquer doença crônica incapacitante; (3) episódios de <i>delirium</i> ; (4) incapacidade nas AVDs; (5) quedas frequentes; (6) mobilidade reduzida; (7) incontinência; (8) problemas nutricionais; (9) polifarmácia; (10) úlceras de pressão; (11) acamado; (12) necessidade de contenção; (13) problemas sensoriais; (14) problemas financeiros ou sociais (Winograd <i>et al.</i> , 1991).	Idade avançada, doença que causa impacto negativo no desempenho de AVDs, necessidade de assistência pessoal para as atividades de autocuidado (Brody, Johnson, Douglas, 1997).
Incapacidade associada à comorbidade. (Pannill, 1991)	Depressão, incontinência urinária, quedas e déficit funcional (Maly, Hirsch, Reuben, 1997).
Redução da reserva fisiológica nos domínios do controle neurológico, desempenho físico e metabolismo energético. Essa condição deve estar associada a alto risco para a incapacidade (Buchner e Wagner, 1992).	Declínio do <i>status</i> funcional durante a hospitalização (FIM) (Carlson <i>et al.</i> , 1998).
Redução na força muscular, densidade óssea, função respiratória, problemas sensoriais, perda do apetite e da sede (Creditor, 1993).	Fatores que podem reduzir a efetividade das intervenções direcionadas ao aumento da força muscular (Chandler <i>et al.</i> , 1998).
Redução severa da força muscular, da mobilidade, do equilíbrio e da <i>endurance</i> (Ory <i>et al.</i> , 1993).	Mobilidade precária associada a uma das três condições: (1) redução da ingestão energética; (2) perda de peso; (3) baixo IMC (Chin <i>et al.</i> , 1999).
Desequilíbrio entre o corpo e o ambiente que causa ruptura na seqüência: estímulo → resposta de crescimento → melhor competência funcional → melhor resposta para estímulos específicos (Bortz, 1993).	Pacientes com 70 anos e acima que tiveram alta hospitalar após uma condição aguda e que estão em alto risco de serem internados novamente (Gagnon <i>et al.</i> , 1999).
Desequilíbrio entre as demandas impostas pelo ambiente, o apoio social e os recursos físicos/cognitivos do indivíduo (Schulz e Williamson, 1993).	Idade avançada, sexo feminino, raça não-branca, baixo nível educacional, comorbidade, performance física precária (Pressley e Patrick, 1999).
Incapacidade nas AVDs e entrada em <i>nursing home</i> . Os mecanismos que tendem a manter o <i>status</i> de saúde estável e aqueles que tendem a causar doenças encontram-se em desestabilização. Alto risco de declínio funcional rápido e morte (Rockwood <i>et al.</i> , 1994).	Disfunção do sistema neuroendócrino e desregulação do sistema imune. Esses problemas causam uma aceleração do catabolismo muscular e a condição pode ser mais severa se associada a problemas nutricionais (Walston e Fried, 1999).
Residentes em <i>nursing home</i> ou pessoas com déficit na realização de duas ou mais AVDs (Mulrow <i>et al.</i> , 1994).	Perda de peso recente (Payette <i>et al.</i> 2000; Payette <i>et al.</i> 1999).
Incapacidade física ou mental decorrente de condição médica aguda e não recuperação após 3 meses (Boaz, 1994).	Alto risco de efeitos adversos, decorrente de instabilidade da homeostase fisiológica (Rockwood, Hogan, MacKnigh, 2000).
Incapacidade para desempenhar tarefas físicas e cognitivas compatíveis com as demandas ambientais (Raphael <i>et al.</i> , 1995).	Redução da massa muscular e da força muscular (Roubenoff, 2000).
Idade acima de 65 anos associada a problemas médicos complexos em idosos que vivem em seus lares, mas que necessitam acompanhamento médico e serviços de reabilitação (Evans, Yurkow, Siegler, 1995).	Déficit cognitivo, incontinência e incapacidade nas AVDs (Wieland <i>et al.</i> , 2000).
Limitações nas atividades e relações pessoais no dia a dia (Brown, Renwick, Raphael, 1995).	

FONTE: FERRUCCI *et al.*, 2003, p.133. Traduzido e adaptado.

Modelo unidimensional de fragilidade

FRIED *et al.* (2004) definem fragilidade como síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores. Essa condição resulta de declínio nos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição às perturbações, tais como alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde (exacerbação de doença crônica, acometimento por patologia aguda ou ocorrência de lesões traumáticas). Três mudanças relacionadas à idade estão subjacentes à síndrome: (1) alterações neuromusculares, principalmente a sarcopenia; (2) desregulação do sistema neuroendócrino; (3) disfunção do sistema imunológico (FRIED e WALSTON, 2000). A Figura 2 apresenta essa tríade na trajetória hipotética da fragilidade e indica que a associação entre os mecanismos primários relativos à idade e os secundários relativos às doenças pode dar início à entidade clínica.

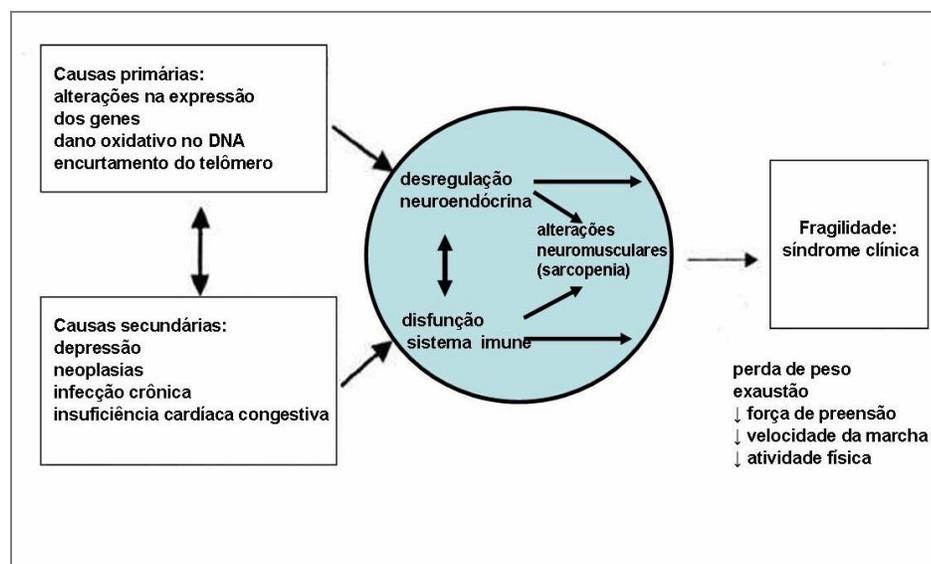


Figura 2. Tríade da fragilidade

FONTE: FRIED e WALSTON, 1998, p.1389. Traduzido e adaptado.

Com ênfase na perspectiva biológica da síndrome, FRIED *et al.* (2001) propuseram a existência de um fenótipo da fragilidade que inclui cinco componentes com possibilidade de mensuração:

1. perda de peso não intencional: $\geq 4,5$ kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal no último ano;
2. exaustão: auto-relato de fadiga, indicado por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D);
3. diminuição da força de preensão: medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e índice de massa corporal (IMC);
4. baixo nível de atividade física: medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no auto-relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero;
5. lentidão: medida pela velocidade da marcha indicada em segundos (distância de 4,6 m) e ajustada para gênero e altura.

Utilizando dados do *Cardiovascular Health Study*, FRIED *et al.* (2001) operacionalizaram o fenótipo em um estudo com 5.317¹³ participantes com idade igual e superior a 65 anos. Os pesquisadores demonstraram que as pessoas com três ou mais componentes do fenótipo estão frágeis e aquelas com uma ou duas características encontram-se em um estágio anterior à fragilidade e em alto risco para desenvolver a síndrome. A prevalência de fragilidade nessa população foi de 6,9% e esteve associada com as seguintes variáveis: gênero feminino, etnia afro-americana, situação sócio-economicamente desfavorável, baixo nível de escolaridade, estado de saúde precário, comorbidade, doenças crônicas e incapacidade. Após ajustes referentes às características sociais e às doenças, o fenótipo de fragilidade foi fator de predição independente para susceptibilidade às quedas, dependência nas atividades de vida diária (AVDs) e hospitalização, em um período superior a três anos e para a mortalidade em cinco anos (Figura 3).

¹³ Indivíduos de duas coortes: 4.735 participantes da coorte 1989-1990 e 582 participantes da coorte 1992-1993.

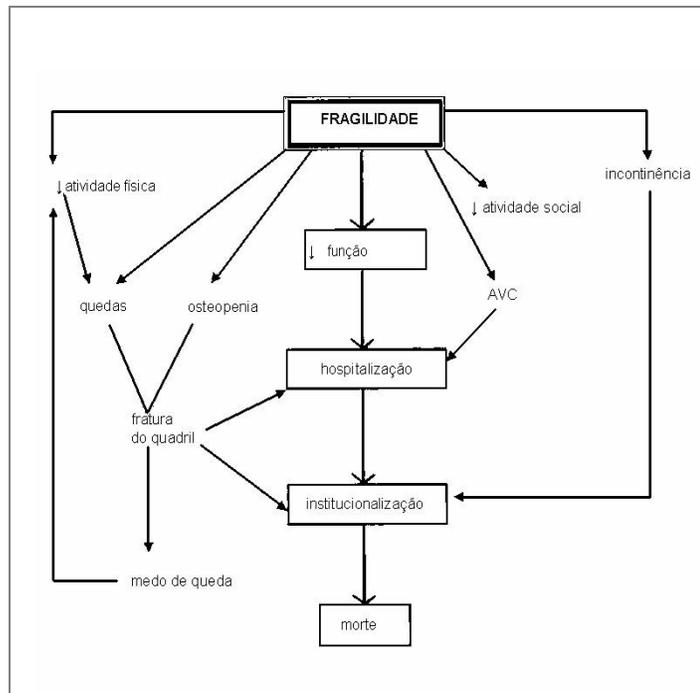


Figura 3. Conseqüências da fragilidade
 FONTE: MORLEY *et al.*, 2002, p.M699. Traduzido.

No *Cardiovascular Health Study*, fragilidade esteve associada à artrite reumatóide, ao diabetes, às doenças cardiovasculares e às doenças pulmonares. A observação de ausência dessas doenças no grupo de idosos não frágeis é importante porque pode indicar que os dois mecanismos para se atingir a condição frágil seriam as mudanças decorrentes do envelhecimento e a comorbidade (FRIED *et al.*, 2001).

Os resultados obtidos a partir da definição operacional de fragilidade sustentam a hipótese de que há um ciclo cujos componentes seriam consistentes com o fenótipo e estariam associados às alterações decorrentes do envelhecimento. Esse ciclo é representado por uma espiral com potencial decrescente na reserva de energia de múltiplos sistemas e explica, hipoteticamente, as condições de fraqueza, perda de peso e alterações de marcha, justificando o alto risco para as conseqüências adversas da síndrome (FRIED *et al.*, 2001) (Figura 4).

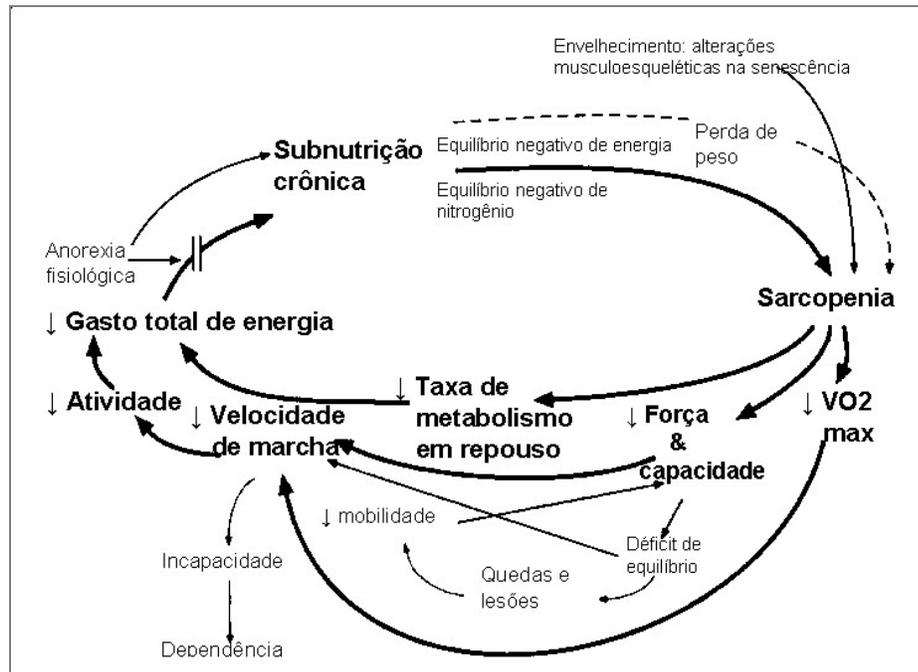


Figura 4. Ciclo da fragilidade

Os componentes-chave da fragilidade subjacentes às manifestações do fenótipo no ciclo de retroalimentação negativa são: subnutrição crônica, sarcopenia, declínio na força física e no nível de tolerância ao exercício e declínio no gasto total de energia. Os fatores que podem precipitar ou mesmo exacerbar o ciclo estão indicados por linhas tracejadas. FONTE: FRIED e WALSTON, 2000. Traduzido.

O ciclo não se inicia em um ponto pré-estabelecido e o processo pode ser ilustrado a partir da ingestão alimentar. Segundo KINNEY (2004), a redução da prática de atividade física, a diminuição do dispêndio de energia em repouso e a perda de massa muscular podem ser fatores etiológicos da diminuição de ingestão energética que é reduzida no envelhecimento. A ingestão energética abaixo das necessidades calóricas pode levar a um balanço negativo de nitrogênio com perda de fibras musculares do tipo II e danos nas mitocôndrias da musculatura esquelética, instalando-se a sarcopenia (FRIED e WALSTON, 1998; SCHRAGER *et al.*, 2003). A perda de massa muscular e conseqüente redução da força muscular pode resultar em diminuição da atividade física, seguida de declínio na tolerância ao exercício (\downarrow VO₂max), um fator crítico na diminuição da velocidade da marcha e na potencial incapacidade. A sarcopenia leva à redução da

taxa metabólica em repouso e ao declínio do dispêndio total de energia, provocando um desequilíbrio energético que exacerba o ciclo da fragilidade (FRIED e WALSTON, 2000).

FRIED *et al.* (2001) afirmam que o fenótipo e o ciclo não são suficientes para explicar os mecanismos biológicos que provocam a redução da competência sistêmica na homeostase, pois as bases fisiológicas de risco para a fragilidade poderão ser entendidas a partir de estudos que enfoquem as alterações nos múltiplos sistemas e o declínio de reserva energética decorrente do envelhecimento. Considerações adicionais sobre a relação entre envelhecimento biológico e fragilidade estão descritas no Apêndice 1.

O modelo de FRIED *et al.* (2004) considera que fragilidade é uma entidade clínica. Esse modelo tem sido utilizado para a identificação de idosos que estariam em risco de se tornarem frágeis ou que já estão frágeis. Os pesquisadores têm concentrando seus esforços no conhecimento científico da fragilidade física como uma condição fisiológica, identificada em estágios de pré-fragilidade à fragilidade severa, mas reconhecem que os problemas cognitivos e psicossociais exercem um efeito significativo na saúde dos idosos (FERRUCCI *et al.*, 2004).

Constructo multidimensional da fragilidade

O programa *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A) teve início em 2002 com estudos de revisão da literatura sobre fragilidade. As pesquisas estão sendo realizadas por especialistas de diferentes áreas em onze domínios (Quadro 14): (1) história, conceitos e definições; (2) bases biológicas; (3) bases sociais; (4) prevalência; (5) história natural e fatores de risco; (6) impacto; (7) identificação; (8, 9) prevenção e conduta terapêutica; (10, 11) ambiente e tecnologia. (BERGMAN *et al.*, 2004b).

Quadro 14. Domínios e questões da CIF-A

Domínios	Questões
1. História, conceito e definições de fragilidade	Perspectiva histórica do conceito. Modelos conceituais, critérios e definições. Implicações da multiplicidade de modelos e definições para a pesquisa e para a clínica.
2. Bases biológicas	Determinantes biológicos e fisiológicos. Utilização dos determinantes nas definições, caracterizações e predições da síndrome.
3. Bases sociais	Conceitos de fragilidade sob a perspectiva social.
4. Prevalência	Prevalência em idosos da comunidade. Variação da prevalência conforme as definições.
5. Fatores de risco	Fatores de risco preditores de fragilidade, declínio funcional, incapacidade, aumento da utilização de recursos e mortalidade. Preditores do envelhecimento bem-sucedido.
6. Impacto da fragilidade	Impacto individual e familiar. Impacto para o sistema de saúde.
7. Identificação	Busca de marcadores clínicos mensuráveis na população assintomática. Critérios diagnósticos operacionais na clínica. Instrumentos para triagem, diagnóstico e estudo. Possibilidade de medidas de graus de fragilidade.
8, 9. Prevenção e tratamento	Prevenção para os idosos que estão em risco de se tornarem frágeis. Prevenção das conseqüências da fragilidade (institucionalização e morte) por meio de intervenções direcionadas à população.
10, 11. Ambiente e tecnologia.	Recursos tecnológicos que melhoram o nível de qualidade de vida. Características comuns das tecnologias efetivas. Tecnologia assistiva como recurso para o idoso frágil e para os cuidadores.

FONTE: BERGMAN *et al.*, 2004b, p.19. Traduzido e adaptado.

Embora a revisão ainda não tenha sido concluída em todos os domínios, os membros da CIF-A desenvolveram um constructo multidimensional que salienta a etiologia complexa da fragilidade. Em analogia à abordagem de BEN-SHLOMO e KUH (2002) para o estudo da doença crônica no curso de vida, BERGMAN *et al.* (2004b) observam que a ocorrência de fragilidade na velhice depende da história de vida. Essa trajetória pode ser modificada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e societários e as interações resultam em recursos e déficits individuais em um contexto particular. O processo, inicialmente em uma fase subclínica (condição pré-frágil), pode evoluir para manifestações clínicas em período de tempo não previsível com exatidão e a emergência da síndrome depende da interação de múltiplos fatores. Há maior potencial para prevenção no estágio que antecede as manifestações e na fase clínica, a conduta terapêutica tem o objetivo de prevenir, adiar ou amenizar os efeitos adversos (Figuras 5a, 5b).

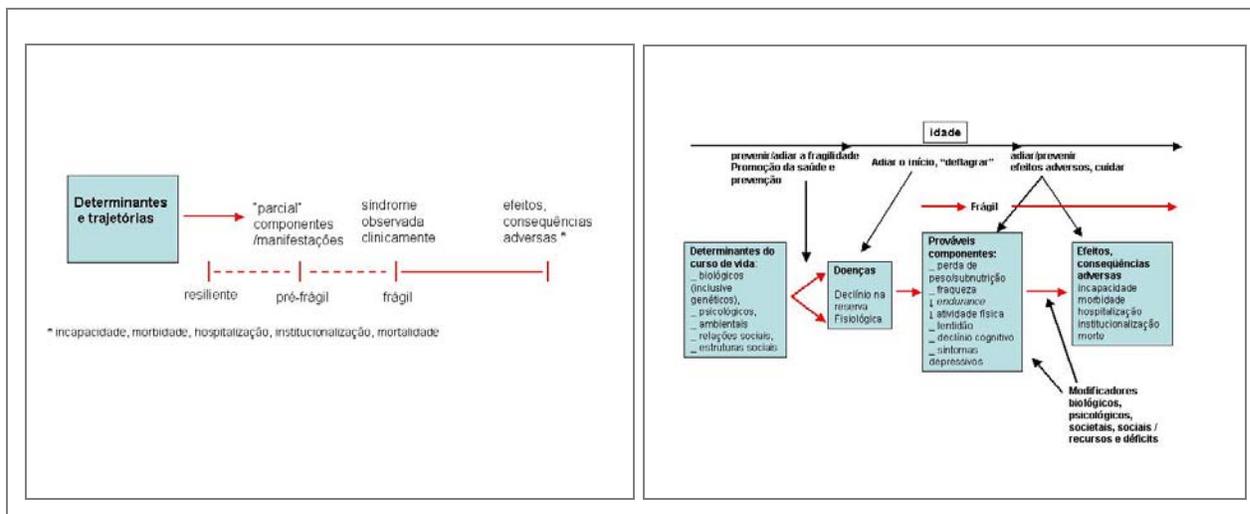


Figura 5. Fragilidade: (a) Trajetória hipotética e (b) Constructo multidimensional
 FONTE: BERGMAN *et al.*, 2004a,b, p.20. Traduzido e adaptado.

A característica multidimensional da fragilidade é reforçada por RAPHAEL *et al.* (1997) ao afirmarem que o início e o curso da síndrome são afetados não somente por fatores pessoais de natureza cognitiva, psicológica, espiritual e física, mas também por fatores ambientais de ordem financeira, interpessoal, legal e institucional (Figura 6).

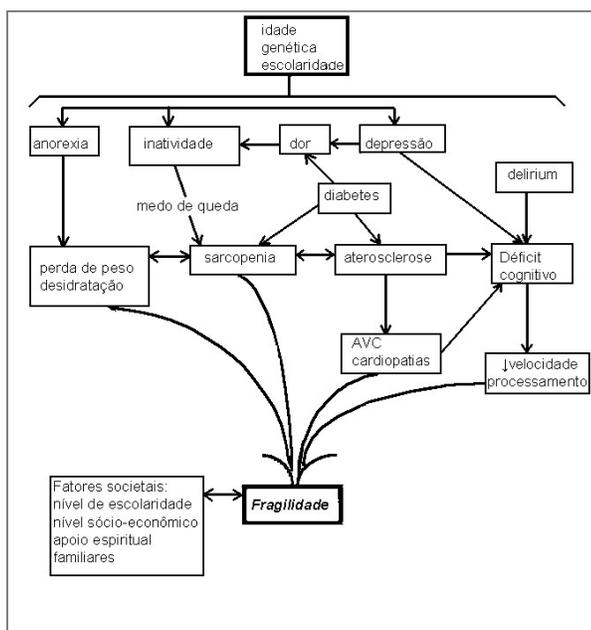


Figura 6. Etiologia da fragilidade
 FONTE: MORLEY *et al.*, 2002, p.M699. Traduzido.

BERGMAN *et al.* (2004b) observam que o conceito de fragilidade possibilita múltiplas definições que podem ser classificadas em quatro categorias: (1) bases fisiológicas; (2) síndrome complexa; (3) modelo de equilíbrio com elementos sociais; (4) síndrome geriátrica, incluindo quedas e *delirium*. Durante o desenvolvimento do constructo multidimensional de fragilidade, as seguintes questões têm sido consideradas de particular interesse para investigação:

- A fragilidade é uma entidade distinta com trajetória única ou uma síndrome com características biológicas, psicológicas e cognitivas de várias trajetórias?
- Há fatores determinantes e modificadores da fragilidade?
- Quais são os fatores sociais envolvidos na fragilidade e quais são as relações entre esses e os fatores biológicos e psicológicos?

O objetivo imediato da CIF-A não é a realização de debates para verificação do mérito de uma ou outra definição sob uma perspectiva competitiva. Distanciando-se do alcance de conclusões prematuras, os participantes do comitê reconhecem que um consenso sobre fragilidade será desenvolvido durante o programa em decorrência de dois fatores: (1) a revisão crítica da literatura nos domínios mencionados e (2) a troca das informações provenientes dos estudos realizados. Os resultados das pesquisas ampliarão a possibilidade de alcance de um consenso relativo às características, aos componentes, aos determinantes e aos modificadores da fragilidade (BERGMAN, 2003).

Considerando o potencial para a prevenção e o tratamento da fragilidade, os clínicos enfrentam o desafio de transferir o conhecimento para o sistema de saúde, buscando reduzir a incidência, a prevalência e o impacto da fragilidade na população de idosos. O foco dos estudos atuais tem sido validar uma ou mais de uma definição de fragilidade e distinguir os componentes e marcadores da síndrome, etapa de pesquisa que requer um direcionamento da perspectiva do que realmente pode e não pode ser evitado no envelhecimento (BERGMAN *et al.*, 2004b).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a fragilidade em idosos sob a perspectiva de 12 profissionais de saúde, integrantes de um Ambulatório de Geriatria de um hospital universitário.

2.2 Objetivos específicos

1. A partir dos dados das entrevistas e do questionário *Definições de Fragilidade*, identificar:
 - a) as características dos idosos frágeis;
 - b) as conseqüências adversas da fragilidade em idosos;
 - c) os critérios utilizados nas definições de fragilidade em idosos.

2. Descrever as opiniões dos profissionais da amostra sobre duas definições de fragilidade proeminentes na literatura internacional de geriatria e gerontologia: FRIED *et al.* (2004) e *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (BERGMAN *et al.*, 2004b).

3. Indicar a importância clínica da definição consensual de fragilidade em idosos segundo os participantes do estudo.

3. MÉTODO

3.1 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto desse estudo foi aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) em 21 de fevereiro de 2006¹⁴. Durante a realização da pesquisa, foram observadas as recomendações da Resolução nº 196 do Conselho Nacional da Saúde de 10 de outubro de 1996 (Brasil, 1996).

3.2 Tipo e delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório de natureza descritiva com emprego do método qualitativo de pesquisa.

3.3 Amostra

Foram convidados para participar da pesquisa todos os profissionais que integravam a equipe do Ambulatório de Geriatria de um hospital-escola em março e abril de 2006. Nesse período, a equipe estava constituída por um assistente social, um educador físico, quatro enfermeiros, um fisioterapeuta, três médicos, um nutricionista e um psicólogo. Todos aceitaram ser entrevistados, somando 12 participantes do estudo. Os dados demográficos dos profissionais são apresentados na Tabela 5.

¹⁴ O parecer emitido pelo Comitê de Ética não foi anexado a este trabalho por respeito ao compromisso de manter o anonimato dos participantes.

Tabela 5. Dados demográficos dos profissionais

Idade	Faixa: 27 a 52 anos. Média: 42,67 anos
Tempo de graduação	Faixa: 02 a 30 anos. Média: 18,5 anos.
Tempo de prática profissional com idosos	Faixa: 01 a 26 anos. Média: 10,26 anos.
Pós-Graduação	Especialização: 03 Mestrado: 04 Doutorado: 04 Pós-Doutorado: 01

Critérios de seleção

Foram observados os seguintes critérios para a seleção da amostra:

- **Inclusão:** (1) concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após ter tomado ciência do objetivo do estudo e ter recebido todas as explicações solicitadas sobre o assunto; (2) possuir curso de graduação de nível superior; (3) atender idosos no Ambulatório de Geriatria ou em outra instituição onde também trabalhe.
- **Exclusão:** exercer atribuições exclusivamente burocráticas e não atender idosos na prática profissional.

3.4 Local de realização

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Geriatria pertencente a um hospital-escola de uma instituição pública de ensino superior. Durante a coleta de dados, a equipe do Ambulatório de Geriatria estava constituída de profissionais docentes, funcionários e voluntários de diferentes disciplinas, a saber: cinco docentes da instituição (dois médicos e três enfermeiros), dois funcionários do hospital (um enfermeiro e um assistente social), quatro acadêmicos de pós-graduação (um psicólogo, um nutricionista, um educador físico) e dois profissionais voluntários (um médico e um fisioterapeuta).

A discussão de casos clínicos sob a perspectiva multidisciplinar é uma particularidade do Ambulatório de Geriatria que repercute na qualidade do atendimento oferecido aos idosos pela equipe. Para ser atendido nesse ambulatório, é necessário “ter no mínimo 80 anos ou ter entre 60-80 anos e preencher uma ou mais das seguintes características: dependência funcional, déficit cognitivo, depressão, imobilidade, incontinência, quedas, distúrbio de equilíbrio, distúrbio da marcha, déficit visual moderado a grave, déficit auditivo moderado a grave, perda de peso recente”¹⁵.

3.5 Coleta de dados

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram entrevistas semi-estruturadas gravadas e o questionário *Definições de Fragilidade*, desenvolvido pela pesquisadora especificamente para este estudo. O questionário foi baseado no modelo de fragilidade proposto por FRIED *et al.* (2001) e no constructo multidimensional de fragilidade da *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (BERGMAN *et al.*, 2004b) (Apêndice 2).

Estudo-piloto

Quatro profissionais de saúde que trabalham com idosos (um médico, um assistente social, um psicólogo e um terapeuta ocupacional) participaram de um estudo-piloto que envolveu as duas etapas de coleta de dados para esta pesquisa. As questões orientadoras da entrevista foram consideradas adequadas no conteúdo para obter os dados para a realização deste estudo e no dispêndio de tempo. Para testar o questionário *Definições de Fragilidade*, três dos quatro

¹⁵ Documento afixado na sala do Ambulatório de Geriatria.

participantes do estudo-piloto avaliaram o instrumento e apresentaram suas críticas no relatório *Avaliação do questionário Definições de Fragilidade* (Apêndice 3). Realizadas as modificações pertinentes, o instrumento foi avaliado por um especialista da área de geriatria e um da gerontologia.

Procedimentos

No período de 02 de março a 27 de abril, a pesquisadora freqüentou o Ambulatório de Geriatria às quintas feiras e se apresentou aos profissionais da equipe como estudante de pós-graduação em Gerontologia da Faculdade de Educação da Unicamp, explicando brevemente sobre os objetivos do estudo. Na seqüência, foi observado que a pesquisa seria qualitativa e consistiria de uma entrevista individual e do preenchimento de um questionário na modalidade de auto-aplicação. O profissional foi convidado a participar do estudo no dia, horário e local que melhor lhe conviesse, sendo dez profissionais convidados pessoalmente e dois por mensagem eletrônica (*e-mail*). Todos os profissionais concordaram em participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no hospital-escola, em uma sala de aula ou nas proximidades do ambulatório. Em particular com o profissional, antes de dar início à entrevista, a pesquisadora descreveu novamente os objetivos do estudo, a forma de coleta de dados (entrevista semi-estruturada gravada e questionário) e apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4) e o Consentimento para Gravação da Entrevista (Apêndice 5). Foi mencionado também que as perguntas orientariam a seqüência da entrevista e que quando o entrevistado sentisse que respondeu à questão, seria feita a próxima. A entrevista foi iniciada após a assinatura dos dois termos de consentimento e a concordância do participante de que estava pronto para que se procedesse à gravação em fitas magnéticas. O profissional foi convidado a expressar seus conhecimentos sobre fragilidade em idosos com base em questões orientadoras correspondentes aos objetivos do estudo (Quadro 15).

Quadro 15. Questões e objetivos

Questões orientadoras	Objetivos
Qual é a relação entre envelhecimento e fragilidade? Qual é a relação entre doença e fragilidade? Como você identifica um(a) idoso(a) frágil na prática clínica? Há diferença de indicadores de fragilidade por gênero?	Características dos idosos frágeis
Quais são as conseqüências da fragilidade em idosos?	Conseqüências da fragilidade
Quais são os critérios utilizados para se definir fragilidade?	Crítérios para definições
Qual é a sua opinião sobre essas duas definições* de fragilidade em idosos? Você poderia me apresentar uma definição própria de fragilidade em idosos?	Opinião sobre as definições
A definição consensual de fragilidade em idosos é importante para a sua prática profissional/clínica?	Importância da definição consensual da fragilidade
O que torna uma pessoa frágil no decorrer da vida? Você deseja fazer comentários, críticas, sugestões ou complementar algo?	
*	
Definição nº1: Fragilidade é uma síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas.	
Definição nº 2: Fragilidade é uma síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas.	

O tempo de duração das entrevistas variou entre 21 minutos e 1 hora e 40 minutos, sendo a média 48 minutos. Concluída a entrevista, o participante preencheu o questionário *Definições de Fragilidade* e o tempo gasto foi entre 20 e 60 minutos, sendo a média 35 minutos.

Fidedignidade das transcrições

A pesquisadora realizou as transcrições das entrevistas e pediu que os respondentes avaliassem a fidedignidade do conteúdo das mesmas, providenciando uma cópia da transcrição para cada participante. Sete profissionais receberam, em mãos, as transcrições impressas e cinco receberam a cópia de suas transcrições por *e-mail*. Doze profissionais confirmaram que as transcrições

estavam fidedignas: um assinou a cópia de sua transcrição, quatro enviaram suas confirmações via *e-mail* e sete assinaram a *Confirmação* (Apêndice 6).

3.6 Análise dos dados

As informações provenientes das entrevistas foram analisadas com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por LEFÉVRE e LEFÉVRE (2005). Essa técnica de pesquisa qualitativa permite a organização e análise das entrevistas semi-estruturadas utilizando quatro figuras metodológicas: (1) ancoragem, (2) idéia central, (3) expressões-chave (4) Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

1. Um discurso está ancorado quando apresenta marcas lingüísticas explícitas de teorias, hipóteses, conceitos e ideologias sócio-culturais.
2. A idéia central sintetiza o conteúdo de cada depoimento descrevendo o sentido do mesmo de maneira precisa.
3. As expressões-chave são transcrições literais de fragmentos dos depoimentos elaboradas a partir de trechos essenciais de cada resposta que vão constituir o DSC.
4. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, composto pela reunião das expressões-chave com idéias centrais semelhantes ou complementares de todos os participantes. Pode haver mais de um DSC para a mesma pergunta.

A construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) compreendeu duas etapas, conforme a seqüência descrita abaixo (Figuras 7 e 8):

1. Organização dos dados
 - Transcrição e codificação das entrevistas.

- Agrupamento das respostas referentes às questões. Cada pergunta (total de onze) foi relacionada a doze respostas, correspondendo cada resposta a um participante (Apêndice 7).

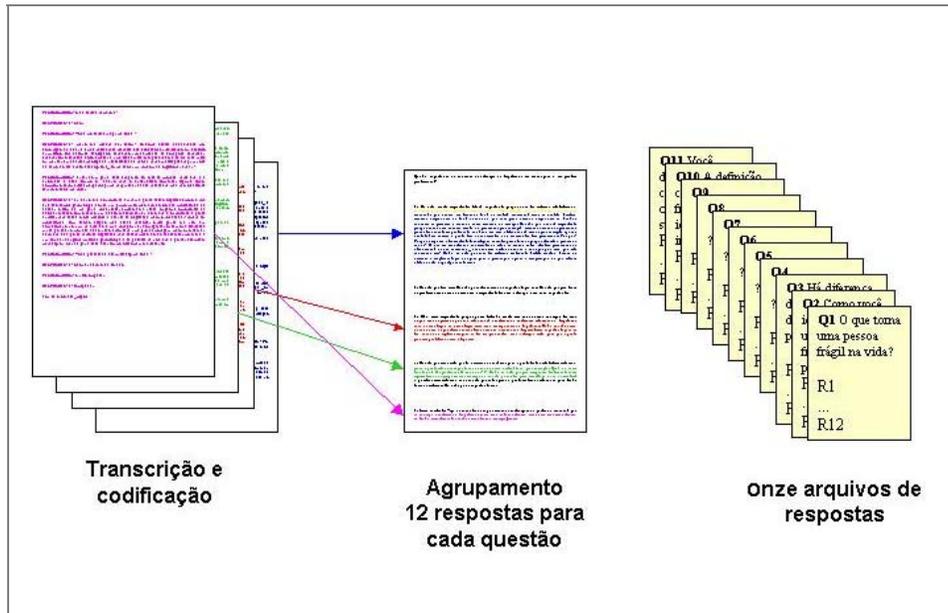


Figura 7. Organização dos dados

2. Análise e construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs).
 - Identificação das expressões-chave das respostas de cada questão.
 - Identificação das idéias centrais a partir das expressões-chave.
 - Seleção das expressões-chave representativas de cada idéia central.
 - Distinção entre as idéias centrais semelhantes, complementares e diferentes.
 - Reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares em discursos sínteses que representam Discursos do Sujeito Coletivo para cada questão (Apêndice 7).
 - Construção dos Discursos do Sujeito Coletivo para cada objetivo:

- Transposição dos DSCs para os objetivos com correspondência direta às questões.
- Construção dos DSCs para os objetivos respondidos por mais de uma questão pela reunião de partes dos DSCs de questões relacionadas aos mesmos.

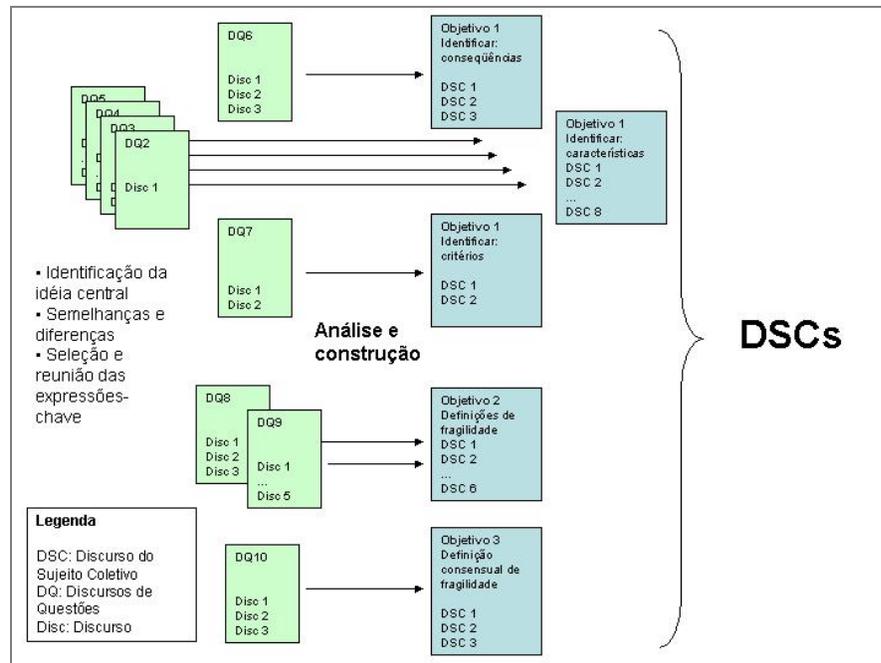


Figura 8. Análise e construção dos DSCs

A organização e a análise das informações foram lidas, conferidas e confirmadas por dois juízes independentes.

Os dados do questionário *Definições de Fragilidade* foram inseridos e organizados em tabelas. Para os itens de cada questão foram contados os números de respostas na escala de *Likert*.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são apresentados sob a forma de Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) e tabelas do questionário *Definições de Fragilidade* referentes aos três objetivos da pesquisa. Na seqüência, são descritos os DSCs, indicadas as respostas do questionário e identificadas as Idéias Centrais (ICs) emergentes em um quadro síntese (Quadro 16). A discussão dos resultados encerra este capítulo.

4.1 Resultados

4.1.1 Discursos do Sujeito Coletivo e Questionário *Definições de Fragilidade*

CARACTERÍSTICAS DOS IDOSOS FRÁGEIS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1

IDÉIA CENTRAL: Há fragilidade física, emocional e social.

Se você me perguntar como [eu] descreveria um idoso frágil, eu diria que seria uma pessoa que não mostra um aspecto saudável, que já mostra uma aparência de triste, preocupada ou deprimida, que tenha uma estrutura corpórea debilitada. No idoso em atendimento ambulatorial, observo principalmente os aspectos físicos: a textura de pele, a postura tendendo para encurvada, a voz, a força do aperto de mão, como ele chega_ de cadeira de rodas, de bengala, de andador, sozinho ou com alguma ajuda. Eu poderia ver alguns indicadores de fragilidade física: a marcha, a postura, se ele usa algum dispositivo para ajuda ou não. Se a pessoa está muito deprimida, se há problema sério de ansiedade ou algum outro tipo de psicopatologia, se ela já apresenta alguns déficits cognitivos_ o início de alguma demência ou se ela está chorando

compulsivamente pode demonstrar uma fragilidade emocional não relacionada à funcionalidade. A condição social é um dos fatores, mas não é o único e nem o determinante e a ausência de acompanhante, quando ele necessita, mostra outro tipo de fragilidade sem uma avaliação específica do tipo anamnese.

(Questão 2, Discurso 1, Respondentes 1, 2, 5, 8, 9)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2

IDÉIA CENTRAL: Afirmar que o idoso é frágil requer análise.

Pode-se pressupor, mas afirmar que ele é frágil requer uma análise cuidadosa e nós temos recursos para fazer essa avaliação. É bem complicado porque aparentemente, o idoso pode não andar direito ou ter alguma complicação motora que, a nosso ver, possa ser fragilidade, mas ele é independente nas suas atividades e tem a parte cognitiva preservada. Ao mesmo tempo, há idosos que conseguem andar de forma adequada, falar e manter algumas atividades preservadas, mas são frágeis. Com a aplicação de alguns instrumentos, em alguns itens, fica claro ver como esse idoso está frágil. Uma avaliação mais profunda, uma investigação das atividades desenvolvidas, das condições de saúde e dos fatores relacionados à saúde pode dar uma avaliação realmente mais acurada. Avalio aqueles fatores da fragilidade: cognição, continência, desempenho das atividades da vida diária, das atividades instrumentais, como eles chegaram ao atendimento, as comorbidades e como eles lidam com elas, como eles tomam a medicação, enfim, todos esses aspectos que vão me dar uma indicação mais precisa. Às vezes, vejo uma pessoa magrinha e posso subentender que ela esteja frágil porque é uma coisa muito visível, mas a certeza eu só vou ter mesmo depois que eu fizer vários exames, testes.

(Questão 2, Discurso 1, Respondentes 3, 7, 8, 9)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3

IDÉIA CENTRAL: As observações iniciais de fragilidade são as mesmas para homens e mulheres.

A mulher tem outras coisas que você tem que ver, mas num primeiro momento, independente de ser homem ou mulher, os aspectos que eu observo são os mesmos: textura da pele que é alguma coisa mesmo até de estereótipo ... porque a fragilidade não é isso, mas a relação automática é com uma pele mais frágil, já com sinais de comprometimento, a postura encurvada, a voz. A gente vê também a perda da massa magra tanto para homem quanto para mulher, sem diferença de sexo. Eu acho que é mais pela atitude que você vê do paciente, sabe? Quando o indivíduo é mais autoconfiante, ele tem uma postura para sentar, para te olhar. Quando ele é mais dependente, até pela posição que ele se senta na cadeira, que ele te olha, você já percebe uma certa dependência, uma certa fragilidade e tanto faz, homem e mulher.

(Questão 3, Discurso 1, Respondentes 2, 3, 6, 8)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 4

IDÉIA CENTRAL: A fragilidade pode ser constatada com maior facilidade nas mulheres.

Particularmente, constato com mais facilidade a situação de fragilidade na mulher do que no homem. Eu identificaria uma idosa frágil também pelo grau de dependência, mas não somente. A idosa frágil evidencia melhor, coloca menos resistência em demonstrar a sua fragilidade, queixa-se mais, busca mais assistência médica, assistência de profissionais de saúde, busca mais a atenção do cuidador ou da cuidadora. O idoso coloca um pouco mais de resistência, tende a ocultar mais certos dados, por exemplo, déficit visual, déficit auditivo, algum grau de déficit cognitivo quando ele tem condição de tornar isso menos evidente. Para identificar, nós precisamos de um cuidado maior na anamnese e mesmo no exame físico. Eu não poderia te dizer, de forma bem objetiva, se há outras distinções porque nós temos uma série de elementos que dificultam esclarecer isso. Até a predominância maior do número de mulheres em relação a homens seguramente dificulta a avaliação.

(Questão 3, Discurso 2, Respondente 5)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 5

IDÉIA CENTRAL: Há uma associação entre fragilidade, envelhecimento e comorbidade.

A gente percebe a fragilidade mais em pessoas com idade avançada e a grande maioria está relacionada como o envelhecimento sim. Quanto mais velho você vai ficando, mais frágil, mais susceptível ... Muitos são frágeis durante toda a vida, mas a incidência, em números, é muito maior entre os idosos. Vejo a associação de doenças com a idade mais avançada_ o idoso frágil estaria com várias comorbidades e com idade avançada. Na velhice, as doenças são, em sua maioria, crônicas não transmissíveis e levam ao comprometimento funcional e à maior dependência nas atividades diárias, o que já denota uma fragilidade – ser dependente. Ele não tem somente o processo de envelhecimento normal, mas o processo patológico e deixa de fazer muitas atividades que antes fazia. Um idoso que teve um AVC, por exemplo, fica hemiplégico e acaba se tornando mais frágil. A doença incapacita e fragiliza bastante o idoso. Se você tem um maior número de enfermidades crônicas instaladas, a possibilidade da condição de fragilidade é maior e pode haver maior número de complicações e uma condição de controle mais comprometida. No idoso mais jovem, a maior chance de eventos adversos que levem à morte é bastante associada às doenças, mas nos idosos muito idosos (80, 90 anos), a fragilidade decorre mesmo do processo de senescência, do envelhecimento, e emerge de uma forma menos associada às doenças.

(Questão 4, Discurso 1, Respondentes 2, 3; Questão 5, Discurso 1, Respondentes 2, 7; Discurso 2, Respondente 8; Discurso 4, Respondentes 1, 5)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 6

IDÉIA CENTRAL: Nem todos os idosos são frágeis.

O componente dos recursos internos é o que mais salta aos olhos quando você vai relacionar envelhecimento e fragilidade. Essa relação é muito individual e depende da atitude perante a vida de cada um. Só o fato de ter múltiplas doenças não significa ser idoso frágil, pois a variação com respeito à fragilidade e saúde é bem maior do que somente a doença. A idade de corte para idoso é 60 anos e há idosos de 60 e poucos anos que são atletas, que não tem patologia nenhuma, estão bem e não tomam medicação. Nesse ambulatório, temos idosos de 80 anos com duas, três ou quatro doenças crônicas que, em absoluto, não se enquadram nessa situação de indivíduos fragilizados e eles têm 80, 85, 90 anos de idade. Diabetes e hipertensão bem controlados em uma pessoa ativa que faz exercício físico e que tem interação social pode significar que ela vai envelhecer e não apresentar essa fragilidade. A fragilidade não é algo permanente e o idoso pode se equilibrar novamente e ter episódios novos.

(Questão 4, Discurso 1, Respondentes 2, 4, 5, 12; Questão 5, Discurso 4, Respondentes 1, 6)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 7

IDÉIA CENTRAL: A relação entre fragilidade e doença é intermediada pelo serviço de saúde.

As palavras doença e fragilidade têm aspecto mais amplo, principalmente em um país como o nosso, onde muita gente não consegue entrar no serviço de saúde. Você se sente doente e está, de certa maneira, desprotegido. Essa incerteza provoca também uma certa fragilidade. Aqui no hospital, existe uma fragilidade maior em muitas especialidades: são as doenças em que, muitas vezes, você está entre a vida e a morte. A doença sempre traz fragilidade porque é um estado em que você está precisando de ajuda, mas essa fragilidade aumenta dependendo da proteção do sistema e da esfera privada – como eu vou ser cuidado, como eu vou ser acolhido, se eu tenho retaguarda. Quando um idoso sofre uma queda e fica muito tempo na enfermaria esperando pela cirurgia, por exemplo, ele fica mais frágil por estar acamado e acaba falecendo, não pela doença ou pela velhice, mas por ter ficado acamado. Talvez as doenças que ele tinha e estavam controladas, se descontrolam num episódio desse e leva à morte.

(Questão 5, Discurso 3, Respondentes 2, 10)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 8

IDÉIA CENTRAL: Dissociar envelhecimento e fragilidade é um desafio.

Fazer uma dissociação entre envelhecimento e fragilidade é um desafio porque é automático pensar esses dois aspectos em conjunto. Na velhice, há maior ocorrência de doenças crônicas degenerativas, de perdas, de mudanças de papéis e isso acaba formando um conjunto, muitas vezes bastante expressivo, que nos leva a associar o envelhecimento com a fragilidade. Há maior possibilidade de demências, de incontências e da própria fragilidade orgânica, mesmo quando não existem comorbidades nos idosos de idade mais avançada. Há também outras questões não orgânicas _ a fragilidade psicológica ligada às perdas, a fragilidade social, a auto-imagem também dependente da imagem social que a pessoa tem ... Apesar de todos os estudos e de todas as tentativas de desmistificar essa associação, isso acaba interferindo, em conjunto, na velhice, pelo menos com maior freqüência e nos leva a criar tal associação.

(Questão 4, Discurso 3, Respondente 9)

Questionário – Referindo-se às características dos idosos frágeis, déficit cognitivo e depressão foram os itens de maior concordância entre os profissionais, seguidos dos parâmetros: perda de peso não intencional, redução da velocidade da marcha, auto-relato de fadiga e redução das atividades físicas. Maior discordância ocorreu nos itens redução da velocidade da marcha e diminuição da força de preensão. Nenhum respondente discordou que a perda de peso não intencional é uma característica de fragilidade e diminuição das relações sociais foi o item de maior indicação de posição neutra (Tabela 6).

Tabela 6. Características de fragilidade

Características	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
Perda de peso não intencional	6	2	3		
Auto-relato de fadiga	3	4	3	1	
Diminuição da força de preensão	1	5	3	2	
Redução das atividades físicas	1	6	3	1	
Diminuição na velocidade da marcha	2	6	1	2	
Déficit cognitivo	2	8		1	
Depressão	3	6	1	1	
Diminuição das relações sociais	2	4	4	1	
Obs.: um participante não respondeu essa questão.					

CONSEQÜÊNCIAS ADVERSAS DA FRAGILIDADE EM IDOSOS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1

IDÉIA CENTRAL: As conseqüências da fragilidade são físicas, sociais e psicológicas.

Não seria só uma questão pontual. Pelo que observo dos idosos, as conseqüências da fragilidade são de diversas naturezas:

- *Física – O indivíduo apresenta fatores de risco maiores para o aparecimento de outros agravos de saúde, fica mais exposto às condições agressivas e tem menor reserva para responder aos agentes agressores. Há maior risco de ter efeitos adversos mais severos, de ser hospitalizado ou de falecer mais facilmente do que o outro não frágil. A queda, o vir a ficar acamado e o fator da alimentação têm muito a ver.*
- *Social – O indivíduo que vai para uma instituição expõe-se, num momento de fragilidade, não somente no sentido de ser mais comprometido funcionalmente, mas de natureza social também como o abandono, a solidão.*
- *Psicológica – Surgimento de depressão, de sintomas depressivos.*

(Questão 6, Discurso 1, Respondente 1)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2

IDÉIA CENTRAL: A fragilidade pode comprometer a qualidade de vida.

Seguramente, a qualidade de vida desse indivíduo fica muito comprometida. Eu colocaria que a primeira repercussão disso é de ordem social, sócio-econômica, psicológica e finalmente de ordem biológica, embora há muitos pesquisadores que apresentariam o inverso; mas, a meu ver, a seqüência seria essa. Ser muito frágil é viver mal de alguma forma. Um estado de fragilidade em uma pessoa que não pode contar com uma rede de suporte é bastante preocupante porque essas pessoas estão vulneráveis a outros problemas que se não forem cuidados vão predispor a problemas subseqüentes. Se não acompanhada, a fragilidade pode trazer uma queda na qualidade de vida, na satisfação de viver, maior número de hospitalizações, maior índice de depressão e até antecipar o evento morte. Todos esses fatores seriam conseqüências da fragilidade. A gente acaba vendo na prática, muitas vezes, que esses sinais de fragilidade acabam sendo ignorados. Há ainda muito despreparo.

(Questão 6, Discurso 2, Respondentes 5, 7, 8, 10, 11)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3

IDÉIA CENTRAL: A fragilidade pode ser mais social do que individual.

Essa questão da fragilidade tem muitos aspectos e muitas dimensões e há a forma como nos relacionamos com essa pessoa. Nós incapacitamos muito as pessoas e a incapacidade não é só uma coisa que o idoso sente internamente como limite, mas se refere também à visão de que quem fica velho não sabe nada, não entende nada, só dá trabalho e vai ser um peso para a família, um peso para os filhos. Essa fragilidade tem muito mais preconceito de estereótipo e é mais social do que individual. Não que não tenha idosos que apresentam fragilidade, mas eles se acham ótimos e muitas vezes, a gente é que tem essa visão de fragilidade, de que ele não dá conta de fazer mais nada. Portanto, a fragilidade pode não estar vinculada somente à questão da saúde, mas à questão social, à questão de maus tratos que torna o idoso vulnerável. Muitas vezes, vemos aquele idoso sozinho, dependente, que precisa de um cuidado maior, mas isso é completamente ignorado. Fica a questão: “ah, é um câncer e tem que operar ou é da idade” e aí vêm as conseqüências para o idoso – ele se torna dependente e frágil para o resto da vida. Muitas vezes, não é dada a importância necessária quando ele mereceria um tipo de atenção especializada à saúde sob o ponto de vista profissional, gerontólogos e tal.

(Questão 6, Discurso 3, Respondentes 1, 6, 8, 11)

Questionário – Não houve discordância entre os respondentes de que declínio da capacidade funcional, incapacidade e hospitalização são conseqüências da fragilidade e esses foram também os itens de maior concordância. Institucionalização foi o item de maior discordância e também de maior número de indicações de posição neutra. Referindo-se ao óbito, oito participantes concordaram que o evento seria uma conseqüência da fragilidade, dois indicaram posição neutra e um discordou (Tabela 7).

Tabela 7. Conseqüências da fragilidade em idosos

Conseqüências	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
Declínio da capacidade funcional	7	3	1		
Hospitalização	2	8	1		
Institucionalização	3	2	4	2	
Incapacidade	4	6	1		
Óbito	4	4	2	1	
Obs.: um participante não respondeu essa questão.					

A complexidade da associação entre fragilidade, envelhecimento, incapacidade e comorbidade pode ser observada na Tabela 8. Dez profissionais indicaram que fragilidade é consequência da idade e de patologias, mas um participante respondeu que idade e doenças não causam fragilidade. Incapacidade foi considerada tanto causa como consequência da fragilidade por sete e seis profissionais respectivamente, mas um participante respondeu estar incerto sobre essa relação. Comorbidade foi também considerada causa e consequência de fragilidade por nove e oito respondentes e um profissional indicou que comorbidade não é consequência da fragilidade.

Tabela 8. Fragilidade, comorbidade e incapacidade

Com relação ao indivíduo idoso, você considera que:	Algumas vezes	Sempre	Não	Incerto(a)
1. A fragilidade é decorrente da idade?	8	1	1	
2. A fragilidade é decorrente de patologia?	7	1	1	
3. A fragilidade é decorrente da idade e de patologia?	7	3		
Obs.: dois participantes não responderam as questões 1 e 3 e três não responderam a questão 2.				
	Algumas vezes	Sempre	Não	Incerto(a)
4. Fragilidade e incapacidade representam a mesma entidade clínica?	1	2	8	
5. A incapacidade é causa da fragilidade?	6	1	2	1
6. A fragilidade é causa de incapacidade?	6		3	1
Obs.: um participante não respondeu a questão 4 e dois não responderam as questões 5 e 6.				
	Algumas vezes	Sempre	Não	Incerto(a)
7. Fragilidade e comorbidade representam a mesma entidade clínica?	2		8	
8. A fragilidade causa comorbidade?	7	1	1	1
9. A comorbidade causa fragilidade?	9			1
Obs.: dois participantes não responderam as questões acima.				

CRITÉRIOS UTILIZADOS NAS DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE EM IDOSOS

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1

IDÉIA CENTRAL: Os critérios devem ser precedidos do conceito.

Para estabelecer critérios, a gente precisa ter muita clareza sobre o conceito, fechar bem a questão do que pode ser considerado como fragilidade nos aspectos funcionais, afetivos, sociais. Por enquanto, a avaliação

geronto-geriátrica abrangente consegue mostrar um pouco desse perfil do idoso e apontar para a maior vulnerabilidade, maior risco de se expor a agravos, não somente agravos físicos, mas sociais e emocionais também. O que a gente tem visto no dia a dia é que há alguns critérios como o de funcionalidade que são amplamente utilizados – ser dependente nas atividades básicas ou instrumentais. Essa dependência conta para uma fragilidade? Talvez. Perder pessoas queridas também nos aponta para maior risco de apresentar essa fragilidade? O que é frágil, o idoso frágil? É aquele que precisa de ajuda para fazer as suas atividades práticas ou é aquele que precisa de ajuda para responder às questões emocionais? Ele ter sido institucionalizado há pouco tempo, por exemplo, estar apresentando sintomas depressivos são indicadores que nos mostram caminhos ...

(Questão 7, Discurso 1, Respondentes 2, 11)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2

IDÉIA CENTRAL: Os critérios não devem ser apenas fisiológicos.

Acho que seriam vários fatores e três áreas precisariam ser contempladas para se tentar conceituar fragilidade: social, psicológica e orgânica. A princípio, eu veria como ele se relaciona com a comunidade, se tem uma vida fora de casa, as atividades diárias, se a nível psicológico ele tem uma doença ... porque você pode ficar muito frágil por um problema psicológico. Doenças ou não seria um critério _ dificuldade de controlar as afecções com maior número de complicações em decorrência dessa condição, incontinência, demência e outros. O que a gente vê na teoria e que todos falam muito é a sarcopenia que estaria encaixada em um ciclo vicioso de conseqüências causando fragilidade no idoso. O emagrecimento está relacionado à sarcopenia, à perda de massa muscular com mais fraqueza e maior probabilidade de ficar dependente. O índice de massa corporal abaixo do esperado para o indivíduo nessa fase da vida, com perda de peso, anorexia, dificuldade de controlar as afecções mesmo com uma aderência terapêutica considerada boa, com maior número de complicações em decorrência dessa condição ... Entretanto, é muito importante que não se utilize apenas critérios do ponto de vista fisiológico porque os papéis sociais e as relações familiares são também de grande importância _ um indivíduo que some mais perdas do que ganhos e tenha dificuldade de suplantar essas perdas, sejam elas biológicas, sociais, psicológicas ou de qualquer outra ordem, pode estar frágil. Um indivíduo que não encontra um sentido para a sua vida, tem uma condição sócio-econômica desfavorável, vive em isolamento social com menos oportunidades no sentido que chamamos de sucesso ou uma vida bem-sucedida pode estar frágil. Clinicamente, isso se expressa por sinais evidentes de depressão, podendo haver sinais de déficit cognitivo ou não e sendo mais comum que se verifique um grau de déficit. Há uma soma grande de fatores: fatores múltiplos, com certeza.

(Questão 7, Discurso 2, Respondentes 3, 5, 6, 9, 10)

Questionário – Vulnerabilidade, comorbidade e dependência nas AVDs e AIVDs foram os critérios de maior concordância entre os participantes, enquanto institucionalização e redução das atividades sociais foram os de maior discordância. Número de internações hospitalares foi o item de maior indicação de posição neutra (Tabela 9).

Tabela 9. Critérios para definição de fragilidade

Critérios	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
Dependência nas AVDs e nas AIVDs.	4	4	2	1	
Vulnerabilidade aos estresses ambientais, às patologias e às quedas	5	6			
Comorbidade	4	5	2		
Idade avançada	2	5	2	2	
Número de internações hospitalares	1	6	3	1	
Institucionalização		4	2	4	
Poucas atividades sociais	2	4	2	3	
Obs.: dois participantes não responderam o item 1.6 e um não respondeu toda a questão.					

OPINIÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE DUAS DEFINIÇÕES

Definição nº1: Fragilidade é uma “síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultante de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”.

Definição nº 2: Fragilidade é uma “síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1

IDÉIA CENTRAL: As definições são complementares.

Eu diria que as duas definições são complementares. A definição número um é muito mais geriátrica e apresenta a fragilidade como processo presente no idoso mais idoso. Há o declínio cumulativo dos sistemas causando vulnerabilidade às condições adversas, mas não dá para entender a fragilidade somente como o declínio cumulativo de um processo fisiológico. Eu considero essa definição muito parecida com o conceito de saúde utilizado antes da 8ª Conferência de Saúde “saúde é a ausência de doença”. É importante entender o envelhecimento e a velhice como um constructo multidimensional porque assim como saúde não é somente a ausência de doença, mas um conjunto de condições sociais, de vida e de trabalho, de acesso ao atendimento da própria saúde, alimentação, a fragilidade também não é só isso. A definição dois está para a gerontologia, para uma visão multidisciplinar, uma visão não só do biológico, mas do corpo como um todo, do psicológico e do cognitivo também. O autor dá ênfase ao aspecto multifatorial, à instalação progressiva e oferece a possibilidade de prevenção. Se você pegar a história de vida de uma pessoa, você pode entender, muitas vezes, porque determinadas pessoas têm ou apresentam um determinado tipo de fragilidade maior do que outras. Idealmente, poderíamos associar os elementos da primeira com o corpo de informações da segunda. (Questão 8, Discurso 1, Respondentes 4, 7, 8, 11)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2

IDÉIA CENTRAL: Não há potencial para prevenção.

Juntas, as duas definições me satisfariam, embora eu não concorde com o potencial para a prevenção. Quando os pacientes chegam a mim, já não existe mais a prevenção, mas existe a parte curativa. A definição número dois me parece positiva demais porque a questão da vulnerabilidade, em um certo ponto, torna-se irreversível. (Questão 8, Discurso 2, Respondentes 2, 8)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3

IDÉIA CENTRAL: Definir fragilidade é uma tarefa complexa.

As duas definições ainda não me satisfazem. Acho que uma definição de fragilidade em idosos é bem complexa. A definição número um é mais clínica: é uma síndrome, mas teria que definir que síndrome é essa, como vou caracterizar isso. A diminuição de reserva, eu não saberia dizer que reserva é essa ... Poderia ser até reserva energética e a resistência diminuída aos fatores estressantes ... O autor está dizendo que a fragilidade é diretamente proporcional ao declínio das funções orgânicas? Seria então ligada somente ao processo de envelhecimento biológico ... mas será que todo idoso morre frágil? Essa definição é incompleta porque está dizendo que todo mundo vai ser frágil um dia ... Todo mundo que envelhecer vai ficar vulnerável

às condições adversas. Essa definição é de envelhecimento. Senão todo mundo estaria encaixado nessa fragilidade e a gente vê pessoas que são mais fortes. Todo mundo vai morrer e isso não tem que discutir, mas como chegar até lá nesse processo da nossa vida é que vai dizer se o indivíduo é frágil ou não. A definição número dois: “a fragilidade é uma síndrome com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”. Que sintomas? Não ficou claro para mim. Acho que ainda não chegou o ponto de uma definição e acho que seu trabalho vai ser muito importante para isso. Essas são definições que explicam algumas coisas do estado de fragilidade, mas não chegam a ser uma definição.... Como eu posso dizer? Que você lê e fala: é isso! Você entende? Não é possível se definir fragilidade em quatro linhas, acho que não é suficiente.

(Questão 8, Discurso 3, Respondentes 4, 6, 7; Questão 9, Discurso 2, Respondente 9; Discurso 6, Respondente 12)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 4

IDÉIA CENTRAL: Qual é o conceito de fragilidade?

Eu não sei se eu estou sabendo qual é o conceito de fragilidade. Será que frágil é o indivíduo que não consegue se cuidar sozinho? Estou questionando esse conceito de fragilidade – o que é ser frágil? É não suportar as dificuldades da vida, é estar muito doente e depender de alguém, é não ter condição pra bancar seu tratamento, cada uma dessas coisas separadas, ou todas elas juntas? Eu estou tentando entender que é algo que deixa o indivíduo vulnerável, vulnerável a não conseguir viver bem o dia-a-dia dele, não conseguir cuidar de si ou depender dos filhos ou de outras pessoas, ou o abandono ... Precitaria pensar muito. Eu acho que as duas podem ser modificadas para encaixar aquilo que eu estou entendendo. Eu estou falando como eu entenderia porque eu conheço idosos que não morreram frágeis – morreram firmes. Eu conheço também pessoas que demoraram para morrer e ficaram no respirador, na UTI e não sei onde. Então, eu não sei ...

(Questão 9, Discurso 4, Respondente 8)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 5

IDÉIA CENTRAL: A definição multidimensional está completa.

Eu optaria pela segunda e não precisaria complementar. Se eu visse essa definição em algum trabalho, ficaria bem claro para mim o que é fragilidade.

(Questão 9, Discurso 3, Respondente 2)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 6

IDÉIA CENTRAL: A fragilidade é um estado que pode perdurar.

Eu não sinto a fragilidade como uma síndrome e sim como um estado. É um estado que pode permanecer ou pode perdurar a vida inteira. Então, essas são definições que explicam algumas coisas do estado de fragilidade, mas não chegam a ser uma definição ... Como eu posso dizer? Que você lê e fala: é isso! Você entende?

(Questão 9, Discurso 5, Respondente 12)

Questionário – Em relação às duas definições propostas, observa-se na Tabela 10 que dez profissionais concordaram com o constructo multidimensional e oito com a definição unidimensional. Houve uma indicação de discordância para cada definição.

Tabela 10. Opiniões sobre as definições

Opiniões sobre duas definições de fragilidade em idosos.					
1. Fragilidade é uma “síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”.					
	concordo plenamente	concordo	neutro	discordo	discordo totalmente
		8	2	1	
Obs.: um participante não respondeu a questão acima.					
2. Fragilidade é uma “síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”.					
	concordo plenamente	concordo	neutro	discordo	discordo totalmente
	1	9	1	1	

IMPORTÂNCIA CLÍNICA DA DEFINIÇÃO CONSENSUAL DE FRAGILIDADE

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1

IDÉIA CENTRAL: Sem consenso, os profissionais vão ver a fragilidade de formas distintas.

É importante ter uma definição para direcionar o olhar de todos os profissionais porque a gente tem pontos de vista diferentes. O médico, mesmo o geriatra, tem um olhar um pouco mais orgânico, a enfermeira já tem um olhar mais integral, o psicólogo ... Cada profissional talvez encontrasse nessa definição consensual de fragilidade um guia para direcionar o olhar de outra forma e talvez ele não direcionasse só com o seu próprio conceito. Enquanto não houver um consenso, muitos profissionais vão tratar ou ver a fragilidade de formas distintas. Eles poderiam estar classificando ou caracterizando um idoso como frágil quando efetivamente ele não é. A definição é importante pelo que ela significa_ você interpreta entendendo todos os pontos de vista, complementando o seu com os dos demais profissionais e então, você torna o seu olhar mais amplo e quem sabe, menos preconceituoso. É importante trabalhar esse conceito para as pessoas falarem a mesma língua no que eu vou chamar de idoso frágil.

(Questão 10, Discurso 1, Respondentes 2, 3, 9, 10)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2

IDÉIA CENTRAL: O consenso possibilita a prevenção e o estabelecimento de critérios para prioridades no atendimento.

A relevância do consenso está na prevenção. A partir do momento que eu consigo caracterizar a fragilidade como uma entidade clínica, como uma síndrome clínica, eu tenho esses elementos melhor visualizados e posso investir principalmente na prevenção. Temos o papel do geriatra de diagnosticar a síndrome e o papel do profissional de saúde que tem a visão gerontológica e poderia atuar desde o início do curso da vida no sentido de prevenir essa síndrome. Acho que há necessidade da definição inclusive para a gente estabelecer critérios para acompanhar os idosos nesse ambulatório. Os critérios facilitam muito a tomada de decisões e a implementação de ações para a prevenção e para a recuperação do que estiver afetado no idoso. Hoje, tudo é da idade, tudo é porque ele é “velhinho” e a gente sabe que não é assim. Se a gente tivesse como definir a fragilidade e identificar se o idoso está frágil ou não, isso nos deixaria em alerta, frente às várias situações... Um idoso hospitalizado, por exemplo, a partir do momento que você usa um instrumento e ele se enquadra como frágil, a gente consegue voltar mais o olhar para ele, fazer algumas intervenções e impedir as conseqüências da fragilidade que são a doença, baixa qualidade de vida e morte. Para mim, seria muito importante uma definição de fragilidade para tirar também esse mito de que tudo é da idade e não tem o que

fazer. A gente sabe que muito é da senilidade e do envelhecimento mesmo, mas tem muita coisa que são sinais, são alertas para o profissional que passam “batido” e às vezes, tem alguma afecção mesmo. Essa concepção da fragilidade tem que ser discutida em todos os níveis da sociedade para justamente sair desse senso comum.

(Questão 10, Discurso 2, Respondentes 1, 5, 8, 11)

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3

IDÉIA CENTRAL: Não há necessidade de consenso.

Essa parte conceitual, não que eu despreze, mas para mim, não diz muita coisa. Haja vista você com a experiência do seu trabalho tentando buscar aqui uma definição, um conceito que na verdade poderia ser tão simples, mas não é. E por que não é? Porque nós somos seres únicos, cada um com um prisma, com prioridades de vida, com diferenças muito grandes e é muito difícil se chegar a um consenso. É muito difícil e eu acredito que nem se chegue a um consenso. Agora, para que dizer “eu vou precisar desse conceito de fragilidade no meu trabalho” se a minha proposta de trabalho vai além disso. Eu não menosprezo, de maneira alguma. Eu acho que é importante – são conceitos que eu acho importantes, inclusive para nós refletirmos a respeito porque muitas vezes, encontramos vários conceitos na literatura que não “batem” muito com a maneira como a gente pensa. Então, são outros prismas que nos fazem abrir horizontes.

(Questão 10, Discurso 2, Respondente 12)

Questionário – Onze participantes responderam que uma definição consensual de fragilidade seria importante na clínica e um indicou que não teria importância alguma, conforme está demonstrado na Tabela 11.

Tabela 11. Importância da definição consensual

Grau de importância de uma definição consensual de fragilidade em idosos na prática clínica.					
	muito importante	importante	indiferente	importância mínima	sem importância alguma
	6	5			1

4.1.2 Idéias Centrais

Neste estudo, emergiram 22 Idéias Centrais (ICs) referentes aos três objetivos (Quadro 16). Foram identificadas treze ICs para o primeiro objetivo, sendo oito diferentes para características dos idosos frágeis, três complementares para conseqüências da fragilidade e duas convergentes para critérios de definições. Para o segundo objetivo, foram descritas seis ICs semanticamente distintas, advindas das críticas dos participantes às definições de fragilidade. Os dados relativos ao terceiro objetivo geraram três ICs: duas de reafirmação sobre a importância de uma definição consensual da síndrome e uma de discordância dessa assertiva.

Quadro 16. Síntese das Idéias Centrais

Características	
1. São físicas, emocionais e sociais.	2. Afirmar que o idoso é frágil requer análise.
3. As observações iniciais são as mesmas para homens e mulheres.	4. Há mais facilidade de constatação de fragilidade nas mulheres.
5. Há associação entre fragilidade, envelhecimento e comorbidade.	6. Nem todos os idosos são frágeis.
7. A relação entre fragilidade e doença é intermediada pelo serviço de saúde.	8. A distinção entre envelhecimento e fragilidade é um desafio.
Conseqüências	
1. São físicas, sociais e psicológicas.	2. Podem comprometer a qualidade de vida.
3. São mais sociais do que individuais.	
Crítérios	
1. Devem ser precedidos do conceito.	2. Não devem ser apenas fisiológicos.
Definições	
1. As duas definições são complementares.	2. Não há potencial para prevenção de fragilidade.
3. A definição de fragilidade é complexa.	4. Qual é o conceito de fragilidade?
5. A definição multidimensional está completa.	6. A fragilidade é um estado que pode perdurar.
Consenso	
1. Sem consenso, os profissionais vêm a fragilidade de formas distintas.	2. O consenso possibilita a prevenção e o estabelecimento de critérios para prioridades no atendimento.
3. Não há necessidade de consenso	

4.2 Discussão

O propósito desta pesquisa foi caracterizar a fragilidade em idosos sob a perspectiva de doze integrantes da equipe do Ambulatório de Geriatria de um hospital-escola. Especificamente, foram propostos três objetivos: (1) identificar as características dos idosos frágeis, as conseqüências da fragilidade e os critérios utilizados nas definições da síndrome; (2) descrever as opiniões dos profissionais sobre as definições de FRIED *et al.* (2004) e BERGMAN *et al.* (2004b); e (3) indicar a importância clínica de uma definição consensual. Os resultados mostraram que não há uma definição de fragilidade aceita de maneira uniforme entre os profissionais entrevistados, conclusão confirmada por vários autores na literatura internacional que criticam a não padronização de critérios para descrição dos idosos frágeis e apontam a falta de consenso no significado, uso e definição do termo (HOGAN *et al.*, 2003; MARKLE-REID e BROWNE, 2003; BERGMAN *et al.*, 2004b; FRIED *et al.*, 2005; ROCKWOOD, 2005a,b; WALSTON *et al.*, 2006).

Características

Se você me perguntar como [eu] descreveria um idoso frágil, eu diria que seria uma pessoa que não mostra um aspecto saudável, que já mostra uma aparência de triste, preocupada ou deprimida, que tenha uma estrutura corpórea debilitada.

Referindo-se às características dos idosos frágeis, os participantes observaram que problemas nos domínios físico, psicológico e social podem ser indicadores de fragilidade; porém, para descrição da síndrome torna-se necessário uma investigação clínica e psicossocial com instrumentos de avaliação da condição de saúde, incluindo comorbidades, uso de medicamentos, incontinência, função cognitiva e desempenho das atividades de vida diária (AVDs) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). ROCKWOOD *et al.* (2000) acentuam a necessidade de instrumentos de avaliação para indicar fragilidade em idosos, justificando que o caráter reducionista de algumas definições operacionais indica a necessidade de maior especificidade dos

instrumentos para que esses sejam considerados sensíveis à detecção das características e conseqüências da síndrome.

Os profissionais comentaram que nem todos os idosos são frágeis, sendo a heterogeneidade do envelhecimento influenciada por recursos pessoais, incluindo estilo de vida individual e atitude perante os desafios. Sob essa perspectiva, o binômio hipotético fragilidade-saúde não se restringe à ausência de doença e uma pessoa com hipertensão não seria considerada frágil, se com a doença clinicamente controlada, pudesse manter suas atividades físicas e sociais. Em concordância com esses relatos, PUTS *et al.* (2006) concluíram, em uma pesquisa realizada na Holanda, que 25 participantes idosos valorizaram a atitude pessoal na identificação de fragilidade, ressaltando quatro critérios subjetivos: ser pessimista, sentir-se mal de alguma forma, estar insatisfeito com a vida e sentir medo.

Para os idosos atendidos em ambulatório, os participantes deste estudo mencionaram os seguintes indicadores de fragilidade: perda de peso, força de preensão reduzida, postura encurvada, necessidade de assistência para a marcha, voz fraca, pele frágil, psicopatologias, choro compulsivo, déficits cognitivos, condição social desfavorável e ausência de acompanhante, quando necessário (Quadro 17). Os dados do questionário mostraram que as características de maior concordância entre os respondentes foram: déficit cognitivo, redução da velocidade da marcha e perda de peso não intencional (Tabela 6). Os parâmetros, redução da velocidade da marcha, perda de peso e diminuição da força de preensão, são três dos cinco componentes do fenótipo de fragilidade operacionalizado por FRIED *et al.* (2001) que inclui redução das atividades físicas e relato de fadiga. SYDDALL *et al.* (2003) demonstraram uma associação significativa entre a força de preensão e marcadores de fragilidade em idosos, sugerindo que essa medida pode ser mais útil clinicamente do que a idade cronológica. Nas mulheres, a força de preensão foi associada ao declínio da função cognitiva, pele mais fina e risco aumentado de problemas de marcha; nos homens, essa medida foi associada a vários marcadores, incluindo declínio da função cognitiva, limiar alto para audição, baixa acuidade visual e risco aumentado de problemas na marcha.

Quadro 17. Indicadores de fragilidade

Idade avançada	Pele frágil
Vulnerabilidade	Voz fraca
Comorbidade	Psicopatologias
Problemas nas AVDs e AIVDs	Aparência de triste, preocupado
Aparência não saudável	Choro compulsivo
Estrutura corpórea debilitada	Déficits cognitivos
Baixo peso corporal	Condição social desfavorável
Assistência para a marcha	Acesso limitado à educação formal
Postura encurvada	Ausência de acompanhante
Força de preensão reduzida	Recursos internos limitados
Perdas biológicas, psicológicas e sócio-econômicas	

Embora a perda de peso tenha sido considerada uma característica e um critério de fragilidade neste estudo, ROCKWOOD (2005a) discute que esse parâmetro não está necessariamente associado à síndrome. Dados do programa *Women's Health and Aging Studies* indicaram que a obesidade foi relacionada à fragilidade e ao estágio que antecede essa condição (BLAUM *et al.*, 2005). FRIED e WALSTON (2000) explicam que mesmo não havendo perda de peso corporal, a subnutrição nos adultos seria um co-fator na sarcopenia causando três alterações: (1) diminuição da força muscular com subsequente intolerância às atividades físicas, inclusive ao exercício físico; (2) redução da velocidade da marcha; (3) redução da taxa do metabolismo em repouso. Esses déficits resultariam em diminuição do dispêndio total da energia e a relação entre esses fatores teria o potencial de iniciar um ciclo vicioso coerente com a apresentação do fenótipo de fragilidade.

A utilização de tecnologia assistiva para a marcha, proposta pelos respondentes como característica de fragilidade, direciona a discussão para a associação da síndrome com a incapacidade. No estudo de FRIED *et al.* (2001), somente 27% dos indivíduos com incapacidade no desempenho das AVDs foram considerados frágeis, sugerindo que as duas entidades são distintas, sendo a fragilidade precursora da incapacidade. NOURHASHÉMI *et al.* (2001), no entanto, indicaram que as incapacidades podem ser fatores de predição para se identificar idosas residentes no domicílio que se encontram em risco de se tornarem frágeis. Esses autores demonstraram que há uma associação entre fragilidade e incapacidade para a realização de no mínimo um item de AIVD, sendo essa relação coexistente com um maior número de distúrbios associados, função cognitiva menos preservada e maior frequência de quedas.

Referindo-se à relação entre gênero e fragilidade, os participantes comentaram que desconhecem diferenças nas manifestações da síndrome, justificando que as observações iniciais seriam as mesmas para homens e mulheres em uma consulta. Foi mencionado, no entanto, que pela tendência à desvalorização de informações como déficit visual, auditivo e cognitivo, a identificação de fragilidade nos homens requer maior atenção na anamnese e no exame físico. Em contraste, associado a outros fatores, o grau de dependência poderia indicar maior constatação de fragilidade nas mulheres, pois essas relatam mais queixas, utilizam com mais frequência os serviços de saúde e buscam mais atenção dos cuidadores. Essa informação está em consonância com a maior prevalência de fragilidade nas mulheres demonstrada no estudo de FRIED *et al* (2001). No *Frailty Index* (Índice de Fragilidade) desenvolvido por MITNITSKI *et al.* (2002), as mulheres também acumularam mais déficits em comparação aos homens da mesma idade. PUTS *et al.* (2005b) confirmaram essa noção, demonstrando maior número de marcadores biológicos de fragilidade nas mulheres e acrescentando que a morte súbita dos homens, em contraposição ao declínio funcional lento das mulheres, poderia explicar essa diferença.

Consequências

Seguramente, a qualidade de vida desse individuo fica muito comprometida. Eu colocaria que a primeira repercussão [da fragilidade] é de ordem social, sócio-econômica, psicológica e finalmente de ordem biológica, embora há muitos pesquisadores que apresentariam o inverso.

Em concordância com FRIED *et al.* (2001), MORLEY *et al.* (2002), BERGMAN *et al.* (2004b) e WALSTON *et al.* (2006), os participantes deste estudo consideraram que declínio funcional, hospitalização e incapacidade são consequências da fragilidade (Tabela 7). Segundo os entrevistados, a evolução de doenças crônicas estabelece uma interação do processo patológico e das alterações fisiológicas do envelhecimento que pode resultar em dependência na realização das AVDs. O estudo de FRIED *et al.* (2001) confirmou a existência desses efeitos adversos, demonstrando que o fenótipo de fragilidade foi fator de predição independente para

susceptibilidade às quedas, dependência nas AVDs e hospitalização em um período superior a três anos; em cinco anos, esse fenótipo foi preditor de mortalidade.

No presente estudo, os profissionais observaram que as repercussões da fragilidade emergem na área social, psicológica e biológica. Foi ressaltado que a falta de acesso à rede de suporte social torna o idoso frágil mais vulnerável aos fatores de risco para outros agravos, levando à redução no nível de qualidade de vida expresso por diminuição na satisfação com a vida, depressão, quedas, período prolongado ao leito, hospitalizações e antecipação do óbito (Figura 9). Esses dados encontram sustentação nos estudos de autores que resistem à restrição da fragilidade à dimensão física, considerando que as definições devem incluir não somente os aspectos psicológicos e cognitivos, mas as relações sociais e as condições ambientais (STRAWBRIDGE *et al.*, 1998; ROCKWOOD *et al.*, 2000; MORLEY *et al.*, 2002). Na pesquisa de STRAWBRIDGE *et al.* (1998), os idosos frágeis relataram sentir menos satisfação com a vida, reduziram a prática de atividades e perceberam alterações na saúde mental. Os fatores cumulativos de predição de fragilidade das três décadas prévias incluíram alcoolismo, tabagismo, inatividade física, depressão, isolamento social, autopercepção de saúde precária e prevalência de sintomas crônicos. MORLEY *et al.* (2002) afirmam que a fragilidade é precursora do declínio funcional que leva à hospitalização recorrente, à institucionalização e à morte, sendo a condição agravada por fatores sociais, tais como: baixo nível de escolaridade, baixa renda e falta de apoio familiar, religioso ou societal.

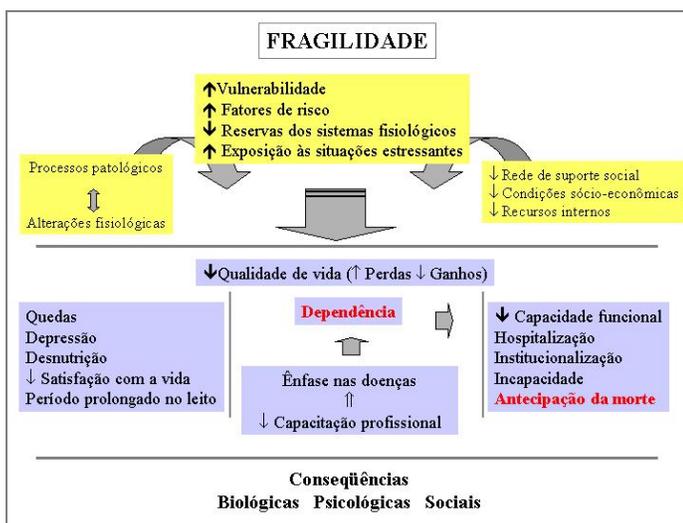


Figura 9. Conseqüências da fragilidade segundo os entrevistados

Ainda relacionado aos efeitos adversos da fragilidade, os entrevistados comentaram que por despreparo, os profissionais de saúde ignoram os sinais da síndrome e evidenciam as doenças, suscitando conseqüências irreversíveis que se iniciam com a dependência e evoluem para a incapacidade e a morte. Essa seqüência de declínio funcional pressupõe uma interação de processos, de forma que a fragilidade e a comorbidade são preditores da incapacidade e associadas, comorbidade e incapacidade podem exacerbar a fragilidade (FRIED *et al.*, 2004). Observações clínicas sobre as relações entre essas entidades foram investigadas em um *survey* que envolveu 62 geriatras de seis centros acadêmicos de medicina, sendo cinco dos Estados Unidos da América (EUA) e um da Grã-Bretanha. Foi perguntado a esses profissionais se fragilidade e incapacidade referiam-se à mesma entidade e 98% indicaram que eram fenômenos distintos, embora houvesse uma associação causal não estabelecida com clareza entre as duas entidades: 90% responderam que fragilidade é causa de incapacidade e 87,5% estabeleceram a relação inversa (FRIED *et al.*, 2004). A complexidade na associação entre fragilidade, comorbidade e incapacidade, descrita por esses pesquisadores a partir dos resultados do *survey*, foi observada também no presente estudo. Embora oito participantes desta pesquisa tenham concordado que há distinção entre as três entidades, os resultados do questionário apontaram que fragilidade pode ser causa e conseqüência da incapacidade, pois sete profissionais responderam que incapacidade é causa da fragilidade e seis estabeleceram a relação oposta. O mesmo fenômeno foi constatado com referência à comorbidade, sendo que oito participantes assinalaram que fragilidade é causa da comorbidade e nove responderam que a fragilidade é conseqüência dessa condição (Tabela 8).

Crítérios

Para estabelecer critérios, a gente precisa ter muita clareza sobre o conceito, fechar bem a questão do que pode ser considerado fragilidade nos aspectos funcionais, afetivos e sociais.

Segundo HOGAN *et al.* (2003), três critérios utilizados nas definições de fragilidade são vulnerabilidade, dependência nas AVDs e comorbidade. Neste estudo, vulnerabilidade, dependência e comorbidade foram também os critérios de maior concordância entre os respondentes (Tabela 9). A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) foi citada como uma estratégia que permite identificar a vulnerabilidade aos agravos físicos, sociais e emocionais. O objetivo dessa avaliação é determinar a fragilidade no idoso, indicando as deficiências, incapacidades e desvantagens, principalmente em relação à capacidade funcional (COSTA e MONEGO, 2003). Segundo ESPINOZA e WALSTON (2005), embora a AGA não seja de aplicação exclusiva para idosos frágeis, esses se beneficiam da mesma, pois o risco de condições desfavoráveis de saúde pode ser reduzido com a implementação de um plano de atendimento interdisciplinar aplicando-se essa modalidade de avaliação.

Ainda com referência aos critérios para definir fragilidade, os participantes mencionaram alguns componentes do ciclo (sarcopenia, anorexia, perda de peso, fraqueza e maior probabilidade de ficar dependente), observando que a perda de peso e a redução da força de preensão são medidas utilizadas na gerontologia e geriatria. FRIED *et al.* (2005) reforçam a premissa de que esses elementos são critérios de fragilidade e que a inter-relação dos mesmos pode explicar as conseqüências da síndrome em um ciclo hipotético, representado por uma espiral de potencial decrescente na reserva de energia de múltiplos sistemas. Ativado por diferentes condições e alterações fisiológicas relacionadas à idade, o ciclo pode tornar-se um processo auto-sustentado de energia decrescente, transformando a causa inicial da fragilidade em um fator determinante do declínio funcional.

Considerando a característica multifatorial da fragilidade, a maioria dos participantes desse estudo enfatizou a necessidade de inclusão dos seguintes fatores psicossociais como critérios para definições da entidade: funcionalidade; dependência nas atividades básicas ou instrumentais; existência ou não de doenças, envolvendo a dificuldade de controle das afecções e complicações; incontinência; demência; depressão; sintomas depressivos; déficit cognitivo; bem-estar subjetivo; condição sócio-econômica desfavorável; isolamento social; relações familiares e desempenho de papéis sociais (Quadro 18).

Quadro 18. Critérios para definições de fragilidade

Vulnerabilidade	Condição sócio-econômica desfavorável
Doenças	Perda de papéis sociais
Dificuldade de controle de afecções	Problemas nas relações familiares
Incontinência	Redução das relações sociais
Sarcopenia	Dificuldade de suplantar perdas biológicas, sociais, psicológicas
Baixo índice de massa corporal	Bem-estar subjetivo
Dependência nas AVDs e AIVDs	Perda do sentido da vida
Psicopatologias	Isolamento social
Demência	Perda de pessoas queridas
Depressão	Situações para riscos de fragilidade
Sinais de déficit cognitivo	Institucionalização

A variedade de critérios citados indica que não há parâmetros clínicos para a identificação dos idosos frágeis. O componente físico de fragilidade parece não ser questionado, mas a entidade clínica com alterações exclusivamente fisiopatológicas foi criticada pelos participantes deste estudo e tem sido objeto de discordância na literatura (MENELEY, 1999; MARKLE-REID e BROWNE, 2003 e PUTS *et al.*, 2006). MENELEY (1999) afirma que o conceito de fragilidade está sendo reconstruído como um fenômeno multifatorial distanciando-se do paradigma biomédico dominante para uma perspectiva inovadora de prevenção e promoção da saúde. Para a autora, o estudo de indicadores objetivos para medir a fragilidade física representa uma dimensão de uma experiência individual complexa que não pode ser reduzida em variáveis mensuráveis como avaliação do desempenho nas AVDs. A restrição da fragilidade às medidas instrumentais responsabiliza excessivamente o idoso pelas conseqüências advindas da condição e dificulta a compreensão de que há um contexto sócio-cultural que influencia a saúde individual.

Em concordância com os relatos dos participantes deste estudo, PUTS *et al.* (2006) sugeriram que sob a perspectiva dos idosos, o conceito de fragilidade é percebido também de maneira subjetiva, observando-se a aparência física, problemas cognitivos e participação social. Os idosos consideraram que pelo risco potencial para fraturas e dependência de terceiros, a marcha instável e necessidade de tecnologia assistiva são critérios físicos de fragilidade, enquanto pessimismo, insatisfação com a vida, medo de quedas, medo de assalto e preocupação com a preservação da integridade cognitiva são critérios subjetivos. A participação nas atividades sociais, particularmente com os familiares e amigos, foi considerada fator de prevenção da fragilidade em oposição à solidão.

A questão sobre a inclusão ou não da função cognitiva como critério para fragilidade proposta pelos respondentes deste estudo permanece em discussão. Embora ROCKWOOD *et al.* (1999) e FRIED *et al.* (2001) concordem que fragilidade pode ser descrita como um estado de vulnerabilidade, esses grupos de pesquisadores operacionalizaram duas definições diferentes: o primeiro incluiu a cognição no conjunto de quatro dimensões a serem avaliadas (mobilidade, dependência nas AVDs e continência), enquanto o segundo excluiu os indivíduos com déficit cognitivo severo do modelo, justificando que condições clínicas características da síndrome podem emergir como conseqüências da demência e confundir os resultados. Parece, no entanto, haver concordância entre alguns autores, de que por estar associada à fragilidade, o déficit cognitivo deve ser incluído nas definições operacionais (CAMPBELL e BUCHNER, 1997; STRAWBRIDGE *et al.* 1998; MORLEY *et al.*, 2002; GUILLEY *et al.*, 2003; HOGAN *et al.*, 2003; ROCKWOOD *et al.*, 2004; PUTS *et al.*, 2006). Para WALSTON *et al.* (2006), a aplicabilidade de uma definição de fragilidade como entidade única unidimensional, em comparação às várias definições de vulnerabilidades, fraquezas, instabilidades e limitações individuais deve ser analisada em futuras pesquisas.

Definições

Essas são definições que explicam algumas coisas do estado de fragilidade, mas não chegam a ser uma definição ... Como eu posso dizer? Que você lê e fala: é isso! Você entende?

Eu diria que as duas definições são complementares.

Comparar definições não é um processo simples porque há especificidade de objetivos e diversidade nos parâmetros comparativos (ROCKWOOD, 2005a). Neste estudo, as definições de FRIED *et al.* (2004) e de BERGMAN *et al.* (2004b) foram criticadas porque não descreveram com clareza uma entidade de alta complexidade como fragilidade em idosos (Quadro 19). Em

resposta ao questionário, um profissional discordou das duas definições, três indicaram posição neutra (dois com referência à definição unidimensional e um em relação ao constructo multidimensional) e os outros tenderam à análise de conteúdo observada pela característica de complementaridade e ainda, proposta de uma terceira definição que seria elaborada a partir da associação de elementos de ambas (Tabela 10).

Embora alguns participantes desta pesquisa tenham concordado que o componente físico da fragilidade é expresso por declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos e vulnerabilidade às condições adversas, a definição teórica de FRIED *et al.* (2004) foi considerada excessivamente biológica, sendo apropriada para descrever o processo de envelhecimento; porém, inadequada para fragilidade. Foi comentado que a vulnerabilidade é uma condição que se acentua na velhice, mas por pressupor a universalidade da síndrome em idosos, essa definição reforçaria o equívoco de uma relação diretamente proporcional entre declínio fisiológico das funções orgânicas e fragilidade.

Quadro 19. Críticas às definições de fragilidade

<p>Definição nº1: Fragilidade é uma síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultante de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas (FRIED <i>et al.</i>, 2004)</p>	<p>Ênfase excessiva na dimensão física. Semelhança com o conceito de saúde (ausência de doença). Definição de envelhecimento biológico. Acentua a vulnerabilidade, mas não indica os fatores. Não define os termos reserva e resistência.</p>
<p>Definição nº 2: Fragilidade é uma síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas (BERGMAN <i>et al.</i>, 2004b).</p>	<p>Perspectiva multiprofissional na gerontologia. Ênfase à etiologia multifatorial, instalação progressiva, história de vida e prevenção. Análoga ao conceito de saúde como conjunto de fatores biológicos e psicossociais. Coerência para explicar a heterogeneidade do envelhecimento. Justificativa para diferentes tipos e graus de fragilidade. Exacerbação do potencial para a prevenção. Desconsidera a irreversibilidade da vulnerabilidade.</p>

Proposta: associação de elementos de ambas em complementaridade.

A associação entre envelhecimento, vulnerabilidade e fragilidade tem sido discutida em vários estudos, incluindo trabalhos de revisões e se refere ao modelo que reconhece a fragilidade como fenômeno intrínseco ao envelhecimento (ROCKWOOD *et al.*, 2000; BORTZ, 2002; HOGAN *et al.*, 2003; LIPSITZ, 2004; WALSTON, 2004; FRIED *et al.*, 2005; WALSTON *et al.*, 2006). Segundo LIPSITZ (2004), à medida que o organismo envelhece, a dinâmica que possibilita respostas adequadas às perturbações internas e externas tem sua eficiência reduzida. Esse declínio causa dificuldades heterogêneas para enfrentar os estresses e manter a homeostase, sendo uma indicação de fragilidade. Para ROCKWOOD *et al.* (2000), a vulnerabilidade é uma condição que varia na população, tendendo a apresentar uma relação mais complexa com o envelhecimento em idade avançada. BORTZ (2002) afirma que o potencial de reversibilidade por intervenções é uma característica que distingue o envelhecimento da fragilidade. A associação entre fragilidade e envelhecimento ainda não foi estabelecida e a participação exata da idade na etiologia da síndrome permanece sem esclarecimento (HOGAN *et al.*, 2003; FRIED *et al.* 2005). Segundo WALSTON *et al.* (2006), envelhecimento e fragilidade são dois processos distintos, mas a idade avançada implica maior prevalência da síndrome.

O grau de vulnerabilidade dos idosos frágeis é observado pela qualidade das respostas dinâmicas aos desafios advindos dos eventos estressores e há acordo de que os marcadores de fragilidade incluem declínios associados à idade, tais como: força, *endurance*, equilíbrio, massa corporal magra, marcha e prática de atividade física (FRIED *et al.*, 2005). A vulnerabilidade associada à velhice foi aceita pelos profissionais entrevistados deste estudo como um componente da fragilidade, mas foi observada a necessidade de descrição dos fatores aos quais o idoso estaria vulnerável. Essa observação, no entanto, parece indicar um desconhecimento sobre o conteúdo adequado de uma definição teórica referente às propriedades de ser explicativa e breve. Esse resultado sugere também que os participantes desta pesquisa têm poucas informações sobre o constructo multidimensional proposto pela CIF-A e sobre as especificidades do modelo de síndrome clínica referente à operacionalização do fenótipo de fragilidade. A vulnerabilidade às consequências adversas como componente essencial de fragilidade tem sido analisada em vários estudos, incluindo ROCKWOOD *et al.* (2000), BORTZ (2002), FERRUCCI *et al.* (2003), HOGAN *et al.* (2003), BERGMAN *et al.* (2004b), FRIED *et al.* (2005) e WALSTON *et al.*

(2006). HOGAN *et al.* (2003) advertem, porém, que embora aceito em termos gerais, há críticas sobre o conceito de fragilidade como vulnerabilidade porque essa condição é intrínseca à existência humana. Acrescenta-se a esse fato, o pressuposto de que a determinação da mesma no processo de fragilidade ocorreria somente após a não superação do evento a que a pessoa foi submetida. Questiona-se também quais seriam as diferenças entre a vulnerabilidade a qual os clínicos e pesquisadores se referem e os conceitos de fragilidade considerados ultrapassados (HOGAN *et al.*, 2003).

Na definição de BERGMAN *et al.* (2004b), os participantes deste estudo reconheceram a necessidade de atuação multiprofissional no atendimento à saúde do idoso, bem como a pertinência de três características de fragilidade: possibilidade de prevenção, etiologia multifatorial e instalação progressiva no curso da vida. Os profissionais fizeram uma analogia entre a definição unidimensional de FRIED *et al.* (2004) e o conceito ultrapassado de saúde como ausência de doença, comentando que uma provável definição de fragilidade não pode estar restrita ao domínio físico, mas precisa incluir fatores psicossociais no contexto individual de história de vida, tais como: acesso aos serviços de saúde e condições de trabalho e alimentação.

RAPHAEL *et al.* (1997) ressaltam a importância dos fatores sociais na fragilidade e afirmam que os recursos e as limitações individuais e sociais devem ser considerados em uma avaliação multidimensional, pois a redução das atividades sociais e os déficits no desempenho das AVDs são evidências da síndrome. No estudo de FRIED *et al.* (2001), a operacionalização do fenótipo de fragilidade também esteve associada às variáveis psicossociais: gênero feminino, etnia afro-americana, situação sócio-econômica desfavorável, nível de escolaridade baixo e estado precário de saúde.

A ênfase na dimensão física da fragilidade é contestada ainda por MARKLE REID e BROWNE (2003), autoras que acentuam a influência de fatores sociais como a pobreza e o isolamento social na saúde dos idosos. Segundo essas autoras, as definições biomédicas de fragilidade podem ser classificadas em quatro grupos: (1) incapacidade; (2) perda de algumas funções fisiológicas; (3) ciclo de declínio e (4) interação dinâmica entre recursos e déficits físicos e sociais. O último grupo de definições destaca a importância das condições físicas e sociais para a saúde individual

e reforça a noção de que a incidência de fragilidade em idosos pode ser observada em um contexto social que ultrapassa a dimensão física.

A existência de associações entre o estilo de vida pessoal e a fragilidade tem sido demonstrada em pesquisas que inserem variáveis tais como: *status* sócio-econômico, estado nutricional, nível educacional, prática de exercícios físicos e participação em atividades sociais. WOO *et al.* (2005) examinaram a associação entre o *Frailty Index*¹⁶ (FI) (Índice de Fragilidade) e os fatores sócio-econômicos, o estilo de vida e a rede de suporte social em uma população de 2.032 idosos chineses com idade de 70 anos e acima. Os resultados indicaram maior grau de fragilidade nos homens com ocupações não burocráticas, salário insuficiente para cobrir as despesas, pouca ou nenhuma prática de exercícios físicos, poucos parentes, poucos vizinhos e baixa frequência de assistência a terceiros. Nas mulheres, os seguintes fatores foram relacionados à fragilidade: frequência reduzida de contato com os parentes e ausência de participação nas atividades da comunidade. Em harmonia com as opiniões dos participantes do presente estudo, WOO *et al.* (2005) concluíram que a fragilidade deve ser analisada sob a perspectiva multidimensional porque os fatores ambientais, incluindo sociais podem ser determinantes da síndrome.

Neste estudo, a definição de BERGMAN *et al.* (2004b) foi considerada a mais próxima da realidade, mas foi também criticada como tendenciosa ao extremo positivo do envelhecimento. Os profissionais observaram que há um momento na vida no qual a vulnerabilidade torna-se irreversível, restringindo o potencial para prevenção, mas permanecendo a possibilidade de tratamento. Esse dado relaciona-se à hipótese de um *continuum* de fragilidade que representa a característica dinâmica da síndrome em estágios de um espectro. O início seria expresso por alterações mínimas de manutenção da homeostase e manifestações clínicas sutis em condições estáveis. Em confronto aos estresses de menor impacto, o idoso frágil apresentaria complicações no período de recuperação; no estágio avançado, haveria risco iminente para desfechos de saúde desfavoráveis com evolução para uma condição que indicaria a proximidade da morte (FRIED e WALSTON, 1998; FRIED *et al.*, 2001; FRIED *et al.*, 2005; WALSTON *et al.*, 2006). Para

¹⁶ O *frailty index* (FI) foi construído a partir de 62 variáveis incluindo aspectos cognitivos, psicológicos e físicos de uma amostra da população de idosos canadenses (WOO *et al.*, 2005).

FRIED e WALSTON (2000), esse último estágio¹⁷ é considerado um processo de declínio irreversível marcado por episódios de quedas, distúrbios metabólicos, afastamento das atividades sociais, úlceras de pressão, desnutrição e perda progressiva de peso corporal, esta indicada por redução de massa nos tecidos adiposo e muscular.

ROCKWOOD (2005a) adverte que os pesquisadores interessados em estudar fragilidade devem entender que há dificuldade de consenso tanto de uma definição conceitual quanto operacional. No presente estudo, com exceção de um participante que aceitou a definição de BERGMAN *et al.* (2004b) como completa, os profissionais comentaram sobre a complexidade envolvida nesse processo e criticaram as duas definições. A pedido da pesquisadora, alguns entrevistados delinearão prováveis definições teóricas, conforme está apresentado no Quadro 20, enquanto outros afirmaram que o momento para a construção de uma definição ainda não está adequado. Entretanto, FRIED *et al.* (2005) argumentam que as limitações no conhecimento sobre fragilidade não desconsideram a utilidade de definições amplas para se entender as características subjacentes à condição e identificar as pessoas que estão em alto risco de desenvolver a síndrome. Segundo ROCKWOOD (2005b), o consenso sobre a característica multifatorial da fragilidade como uma condição de vulnerabilidade pode ser o ponto inicial para a crítica das definições propostas. A falta de evidência de definição única significa que fragilidade é uma área de perspectiva para investigação científica para aqueles que estão dispostos a aceitar esse desafio.

Quadro 20. Definições teóricas de fragilidade

Propostas de definições

Síndrome clínica caracterizada por diminuição da reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultando em declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade às condições adversas. Frequentemente, esse idoso apresenta uma idade mais avançada (acima de 80 anos mais ou menos), tem diversas patologias, necessidade de uso de várias medicações e algum nível de dependência funcional e cognitiva.

Síndrome decorrente da interação de fatores caracterizada pela diminuição da reserva, causando vulnerabilidade e com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas.

Decréscimo da atividade motora, da própria parte fisiológica do organismo, nem sempre por um motivo aparente, mas que leva à maior morbidade e mortalidade.

¹⁷ *Failure to thrive* ou pré-morte. HOGAN *et al.* (2003) criticam esse termo como sugestivo de fatalidade e passividade.

ROCKWOOD (2005b) explica que perante muitas definições de fragilidade há no mínimo três opções de trabalho não excludentes: (1) propor uma definição, verificar a coerência da mesma em relação à literatura científica e ampliar as possibilidades de aceitação por meio de consenso; (2) aceitar a existência de muitas definições e a possibilidade de classificação das mesmas; (3) selecionar uma definição anteriormente proposta, modificá-la e operacionalizá-la em estudos longitudinais.

A primeira opção foi adotada por membros do *Frailty Working Group* ao definirem fragilidade em idosos como síndrome fisiológica, caracterizada por declínio na reserva de energia e resistência diminuída aos estressores, que resulta em declínio cumulativo nos múltiplos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade [do organismo] em condições adversas (FERRUCCI *et al.*, 2004). A segunda conduta foi assumida pela equipe do programa *Canadian Initiative on Frailty and Aging* ao considerar que fragilidade é uma condição multifatorial complexa de vulnerabilidade que pressupõe a interação de fatores biológicos e psicossociais. Para esses pesquisadores, a busca criteriosa de uma definição justifica-se somente após a realização de revisões sistemáticas da literatura sobre o tema. A terceira posição está representada pelo trabalho desenvolvido pela equipe do *Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest-Old* (SWILSO-O) (GUILLEY *et al.*, 2003). Esses pesquisadores associaram fragilidade à dependência nas AVDs e operacionalizaram uma definição que considera auto-relato de déficits em dois ou mais domínios nas dimensões mobilidade, capacidade sensorial, energia, memória e problemas físicos.

Para ROCKWOOD (2005b), uma definição de fragilidade deve preencher três requisitos: (1) validade de conteúdo; (2) validade de constructo e (3) validade de critério.

Validade de conteúdo

- A característica multifatorial da fragilidade torna difícil a demonstração empírica da validade de conteúdo. Estatisticamente, o aumento do número de fatores pode causar aumento exponencial das inter-relações dos mesmos e demonstrar dependência entre as variáveis, gerando um modelo com baixa competência para explicar a análise de variância. Esse problema é importante na construção de definições de entidades como a fragilidade

que incluem mudanças multifatoriais dependentes do tempo, pois o mesmo grupo de variáveis exerce efeitos distintos em momentos diferentes, conforme a condição individual evolui para mais ou menos frágil.

Validade de constructo

- A validade de constructo deverá ser medida pela correlação da definição operacional de fragilidade com medidas similares, incluindo incapacidade¹⁸, comorbidade, auto-relato de saúde e idade.

Validade de critério

- A existência de uma associação entre fragilidade e vulnerabilidade parece não ser questionada e uma forma de testar a validade de critério de uma definição de fragilidade seria avaliar a competência do modelo para predição de conseqüências, tais como: internações hospitalares prolongadas, quedas, institucionalização e morte. Como nem todas as pessoas morrem frágeis, espera-se que haja uma correlação significativa entre mortalidade e fragilidade, mas não perfeita.

Ainda não há, na literatura, uma definição de fragilidade com êxito nesses parâmetros. Essa lacuna implica tornar legítima a construção e a validação de uma definição consensual como meta inicial das pesquisas sobre a entidade. As modificações necessárias nas definições preliminares, justificadas pelos conhecimentos advindos de estudos específicos, não deverão representar preocupação, mas significar um incentivo ao desafio de investigações mais profundas sobre a síndrome (ROCKWOOD, 2005b).

As críticas dos participantes deste estudo às definições apresentadas parecem estar fundamentadas nos princípios do constructo multidimensional da CIF-A, indicando que a elaboração de uma definição teórica de fragilidade pode significar um processo complexo. Considerando-se que ainda não foi estabelecido um significado científico para a entidade, torna-

¹⁸ Mesmo sendo entidades distintas, considera-se que há uma associação entre fragilidade, incapacidade e comorbidade (FRIED *et al.*, 2004)

se premente a descrição e análise desse termo para legitimar o conceito e ampliar o conhecimento sobre o envelhecimento (HAMERMAN, 1999; ROCKWOOD *et al.*, 2000; FRIED *et al.*, 2001; GILLICK, 2001; HOGAN *et al.*, 2003; FRIED *et al.*, 2005; WALSTON *et al.*, 2006).

Consenso

A partir do momento que eu consigo caracterizar a fragilidade como entidade clínica, síndrome clínica, tenho esses elementos melhor visualizados e posso investir principalmente na prevenção.

Essa parte conceitual, não que eu despreze, mas para mim, não diz muita coisa.

Os resultados desta pesquisa sugeriram que a necessidade de consenso sobre o conceito de fragilidade antecede a definição e o estabelecimento de critérios de identificação da síndrome. Os participantes observaram que a concordância sobre o conceito pode contribuir para a distinção entre as condições de “ser frágil” ou de “estar frágil”, facilitando também a comunicação entre os profissionais com a utilização de uma linguagem comum. Para um entrevistado, a diversidade dos seres humanos implicaria dificuldade no consenso sobre fragilidade e o conceito seria importante para que os profissionais de saúde refletissem sobre o tema; porém, não haveria necessidade de consenso, especificamente para a realização do seu trabalho. FRIED *et al.* (2005), no entanto, discutem a questão sob outra perspectiva e observam que há necessidade e possibilidade de definição e descrição etiológica da fragilidade, mesmo considerando a complexidade advinda da característica multifatorial e multidimensional da síndrome.

Na pesquisa de KAETHLER *et al.* (2003), 233 dos 356 profissionais concordaram sobre a utilidade do conceito de fragilidade na clínica e neste estudo, a importância da aplicação clínica de uma definição consensual foi confirmada por onze dos doze participantes (Tabela 11). Os profissionais entrevistados relataram que a caracterização de fragilidade como síndrome clínica contribuirá para prevenção, diagnóstico e acompanhamento dos idosos, inclusive no Ambulatório

de Geriatria, local de realização da pesquisa. Foi mencionado que a definição consensual poderá ressaltar a natureza interdisciplinar da gerontologia e contribuir para o estabelecimento de indicadores de prioridades nos cuidados de saúde, possibilitando a implementação de estratégias de prevenção e de intervenções para evitar conseqüências como doenças, redução do nível de qualidade de vida e antecipação da morte (Quadro 21).

Quadro 21. Contribuições potenciais do consenso

Prováveis contribuições da definição consensual	
• Facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde	<i>É importante trabalhar esse conceito para as pessoas falarem a mesma língua no que eu vou chamar de idoso frágil.</i>
• Contribuir para o estabelecimento de critérios indicadores de prioridades nos cuidados de saúde	<i>Os critérios facilitam muito a tomada de decisões e a implementação de ações para a prevenção e para a recuperação do que estiver afetado no idoso.</i>
• Ajudar a distinguir envelhecimento de fragilidade	<i>Seria muito importante uma definição de fragilidade para tirar também esse mito de que tudo é da idade e não tem o que fazer...</i>
• Contribuir para prevenção, diagnóstico e acompanhamento dos idosos no Ambulatório de Geriatria	<i>Se a gente tivesse como definir a fragilidade e identificar se o idoso está frágil ou não, isso nos deixaria em alerta, frente às várias situações...</i>

O potencial de prevenção da fragilidade para evitar conseqüências adversas e preservar a capacidade funcional dos idosos tem sido analisado por vários autores (FRIED e WALSTON, 2000; MORLEY *et al.*, 2002; FERRUCCI *et al.*, 2003; BERGMAN *et al.*, 2004b; MARKLE-REID e BROWNE, 2003). Para MARKLE-REID e BROWNE (2003), uma abordagem conceitual de fragilidade comumente aceita poderá orientar a alocação de recursos para políticas públicas de saúde, exercendo influência na prevenção e no adiamento da síndrome. Em relação às pesquisas, um modelo de fragilidade poderá ser aplicado como diretriz para a definição de estudos populacionais e para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação, aumentando as possibilidades de replicações, comparações e subsequente generalização de resultados de trabalhos sobre o tema. Segundo FERRUCCI *et al.* (2003), o conceito de fragilidade tem aplicações potenciais no cuidado de idosos em três situações particulares: (1) rastreamento de indivíduos em alto risco de incapacidade, (2) identificação de necessidade de intervenção intensiva e contínua em caso de doença aguda; (3) reconhecimento de pacientes com maior susceptibilidade aos efeitos colaterais decorrentes de intervenções.

A relevância da discussão sobre o conceito de fragilidade para distanciá-lo do senso-comum, destacada por um participante, corrobora o argumento de que a percepção clínica da síndrome deve ser transformada em definições explícitas, possibilitando a realização de programas que minimizem conseqüências na população de risco (FRIED e WALSTON, 2000). ROCKWOOD (2005b) afirma que uma definição de fragilidade deve ter ampla aplicação na clínica. Para NASH *et al.* (2005), o emprego de termos comuns para se referir à entidade facilitaria a comunicação interprofissional e a relação entre os profissionais e os pacientes.

Neste estudo, o equívoco de que todos os problemas de saúde dos idosos são intrínsecos ao envelhecimento foi criticado e alguns participantes advertiram sobre a necessidade de atenção criteriosa na distinção entre as características fisiológicas do envelhecimento e a presença de afecções. A relação entre fragilidade e envelhecimento ainda não foi estabelecida, mas parece não haver discordância de que essa associação torna-se mais complexa com o avanço da idade (ROCKWOOD *et al.*, 2000; HOGAN *et al.*, 2003; FRIED *et al.*, 2005). FRIED *et al.* (2005) observam que as pesquisas sobre fragilidade enfrentam questionamentos sobre a sobreposição ou não entre a biologia do envelhecimento e a da fragilidade, tornando-se essencial investigar quais seriam os componentes comuns e distintos dos dois processos.

Síntese

Os participantes desta pesquisa ressaltaram as noções de vulnerabilidade e subjetividade no conceito de fragilidade em idosos. Os indicadores, conseqüências e critérios citados convergiram para um tema comum: a síndrome é multidimensional e multifatorial e envolve uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida, gerando efeitos que podem evoluir para a irreversibilidade em uma seqüência de declínio funcional, incapacidade e morte. A importância de uma definição consensual relaciona-se à implementação de estratégias de prevenção e à possibilidade de estabelecimento de critérios que indiquem as prioridades no atendimento dos idosos no sistema de saúde. Entretanto, os resultados sugerem que ainda não há acordo sobre o conceito de fragilidade, etapa que antecede a elaboração de definições que sejam aceitas como válidas para aplicação clínica na geriatria e gerontologia.

5. CONCLUSÃO

Diversas pesquisas definem fragilidade sob o enfoque biomédico, mas os participantes deste estudo enfatizaram a influência dos fatores psicossociais na saúde dos idosos. Fragilidade foi descrita como uma entidade resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos, clínicos e sociais no curso de vida individual em um contexto cultural particular.

Os resultados confirmaram a dificuldade de uma definição precisa de fragilidade e reforçaram a noção de vulnerabilidade como componente essencial da síndrome. Embora os profissionais tenham facilidade de perceber essa condição em alguns idosos, diante de questões referentes às características, critérios e conseqüências, os dados tenderam para a subjetividade, envolvendo processos correlatos como envelhecimento, comorbidade, declínio funcional e dependência. Fragilidade foi associada a diversas condições isoladas ou em conjunto, mas não houve possibilidade de delimitação exata das características, conseqüências e critérios, ocorrendo sobreposição de alguns temas emergentes nos três tópicos, incluindo: idade avançada, emagrecimento, déficit funcional, hospitalização, dependência para o desempenho das AVDs e AIVDs, comorbidade, déficit cognitivo, institucionalização, condição sócio-econômica desfavorável, abandono e solidão.

A dificuldade encontrada pelos participantes deste estudo na distinção entre as características, os critérios, as causas e os efeitos da fragilidade corrobora a noção prevalente na literatura internacional de que não há consenso sobre o conceito dessa síndrome entre os profissionais que atuam em geriatria e gerontologia. Observa-se, no entanto que este estudo apresenta limitações que impedem a generalização dos resultados. Os dados aplicam-se exclusivamente à amostra constituída pelos doze profissionais entrevistados e não podem ser considerados representativos da percepção de fragilidade dos profissionais de saúde que atuam em geriatria e gerontologia no Brasil. Considerando-se que esta pesquisa é pioneira no país, não foram encontrados estudos com objetivos semelhantes que permitissem uma análise comparativa dos resultados na ocasião da discussão dos mesmos. O estudo mais próximo foi o de KAETHLER *et al.* (2003), pesquisa realizada no Canadá, que indicou uma concordância de 233 dos 356 profissionais sobre a utilidade do conceito de fragilidade na clínica.

Apesar de não haver uma definição exata, os relatos dos participantes deste estudo forneceram as seguintes informações sobre o conceito de fragilidade:

- refere-se à uma condição complexa relacionada à idade, prevalente em idosos mais velhos, mas que se apresenta de maneira heterogênea;
- indica um estado de vulnerabilidade dinâmica em relação ao tempo e outros fatores, incluindo biológicos, clínicos, psicológicos e sociais;
- a necessidade de consenso sobre o conceito da entidade antecede a construção de definições e o estabelecimento de critérios;
- a condição deve ser avaliada por instrumentos multidimensionais e o estabelecimento de critérios possibilita a implementação de estratégias de prevenção;
- há necessidade de uma definição consensual para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde;
- as conseqüências da síndrome são agravadas por recursos sócio-econômicos desfavoráveis, não eficiência de rede de suporte social e atendimento individual inadequado das condições de saúde;
- a sociedade tende a exacerbar a fragilidade dos idosos ao evidenciar as limitações e as doenças e subestimar o potencial individual;
- a atitude pessoal perante os desafios pode modificar a trajetória do envelhecimento e determinar um envelhecimento não frágil;
- a distinção entre envelhecimento e fragilidade é um desafio para os gerontólogos e geriatras.

Este estudo descreveu fragilidade sob a perspectiva de profissionais de saúde integrantes de um Ambulatório de Geriatria. Os resultados indicaram que há necessidade de pesquisas sobre as definições de fragilidade em idosos no âmbito clínico-científico do contexto sócio-cultural brasileiro. Uma meta do conhecimento científico é o distanciamento máximo de ambigüidades referentes aos conceitos e nesse processo, ocorre a exigência da construção de definições para o estudo da fragilidade em idosos no Brasil. As definições teóricas especificam os significados implícitos nos conceitos para evitar a ocorrência de equívocos e as definições operacionais permitem a replicação objetiva de estudos para crítica de conclusões. A complexidade intrínseca ao conceito de fragilidade tem gerado definições em desacordo que podem dificultar a resolução

de conflitos perante resultados divergentes de estudos que usam o mesmo termo sob diferentes lógicas conceituais. O conhecimento de que outros pesquisadores estão definindo e medindo fragilidade usando um conceito diferente do que foi alcançado neste estudo pode ser considerado um incentivo para a elaboração de definições com inclusão de itens mensuráveis que reflitam a realidade dos idosos brasileiros. As modificações das definições teóricas e operacionais envolvem um processo interativo que pressupõe a sistematização do termo conceitual. Trabalhar metodologicamente observando-se as variações de fragilidade que devem ser incluídas no conceito pode sugerir modificações nas definições teóricas melhorando a validade de face. Da mesma forma, afirmar verbalmente a validade de um conceito possibilita especificações mais detalhadas das definições operacionais, tornando a validade de medida mais robusta.

Este estudo representa o início do processo de construção de definições de fragilidade em idosos no Brasil. A realização de pesquisas futuras é imprescindível para a expansão do conhecimento sobre o assunto e sob essa perspectiva, é importante que sejam realizadas análises sobre a possibilidade de validação das definições existentes para a população idosa brasileira. Especificamente, a pesquisadora sugere continuidade à investigação do tema realizando-se entrevistas com idosos para que as percepções de indivíduos que vivenciam a fragilidade sejam consideradas na elaboração das definições. Levanta-se a hipótese de que fragilidade torna-se um conceito fluido durante o envelhecimento e as definições podem variar por gênero, atitude perante os desafios da vida, integridade das funções cognitivas, presença ou não de doenças crônicas e *status* sócio-econômico, incluindo as condições de acesso aos serviços de saúde. A característica dinâmica do fenômeno poderá ser avaliada por entrevistas periódicas que permitam a identificação de modificações individuais advindas da passagem do tempo.

Uma questão relevante para futuros estudos relaciona-se à aceitação ou não do termo *fragilidade* pelas pessoas idosas. Caso *idoso frágil* seja uma expressão considerada inapropriada, seria essencial conhecer as opções propostas (Apêndice 8)¹⁹. Outra sugestão refere-se à replicação do presente estudo em outros ambulatórios de geriatria de instituições públicas brasileiras de ensino superior para que os resultados possam ser comparados. Considerando-se que a fragilidade expressa-se de maneira específica em dimensões individuais e sócio-culturais diferentes,

¹⁹ No texto intitulado “Uma Questão de Tradução”, a pesquisadora justifica a tradução dos termos *frailty* e *frail elderly* do inglês para *fragilidade* e *idoso frágil*, respectivamente em português.

recomenda-se também a realização de grupos focais para a obtenção de informações mais robustas para a construção de definições sob a perspectiva dos idosos e de outros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEN-SHLOMO, Y.; KUH, D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. **International Journal of Epidemiology**, v.31, p.285-293, 2002.

BERGMAN, H. The Canadian Initiative on Frailty and Aging. **Aging Clinical and Experimental Research**, v.15, Suppl. n. 3, p. 1-2, 2003.

BERGMAN, H.; BÉLAND, F.; KARUNANANTHAN, S.; HUMMEL, S.; HOGAN, D.; WOLFSON, C. Developing a working framework for understanding frailty. **Canadian Initiative on Frailty and Aging** (Presentation), 2004a.

BERGMAN, H.; BÉLAND, F.; KARUNANANTHAN, S.; HUMMEL, S.; HOGAN, D.; WOLFSON, C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité [Developing a Working Framework for Understanding Frailty]. **Gérontologie et société**, v.109, p.15-29, 2004b.

BLAUM, C.; XUE, Q.; MICHELON, E.; SEMBA, R.; FRIED LP. The association between obesity and the frailty syndrome in older women: The Women's Health and Aging Studies. **J. Am. Ger. Soc.**, v.53, n.6, p.927-934, 2005.

BORTZ, W. A conceptual framework of frailty: a review. **J. Gerontol. Biol. Sc. Med. Sc.**, v.57A, p.M283-M288, 2002.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196**, de 10 de outubro de 1996 – Dispõe sobre a realização de pesquisas com seres humanos. Brasília, 1996.

CAMPBELL, A. J.; BUCHNER, D. M. Unstable disability and the fluctuations of frailty. **Age Aging**, v.26, p. 315-318, 1997.

COSTA, E.; MONEGO, E. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). **Revista da UFG**, v. 5, n.2, dez 2003. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br/>>

DAHLBERG, I. A referent-oriented, analytical concept theory for Interconcept. **International Classification**, v. 5, n. 3, p. 142-151, 1978.

DIOGO, M.; NERI, A.; SOUSA, M. **Qualidade de vida em idosos fragilizados: indicadores de saúde e de bem-estar subjetivo**. Unicamp, 2005.

ESPINOZA, S.; WALSTON, J. Frailty in older adults: insights and interventions. **Cleveland Clin. J. Medicine**, v.72, n.12, p.1105-1112, 2005.

FERRUCCI, L.; GURALNIK, J.; CAVAZZINI, C.; BANDINELLI, S.; LAURETANI, F.; BARTALI, B.; REPETTO, L.; LONGO, D. The frailty syndrome: a critical issue in geriatric oncology. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v.46, p.127-137, 2003.

FERRUCCI, L.; GURALNIK, J.; STUDENSKI, S.; FRIED L.; CUTLER, G.; WALSTON, J. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 52, n.4, p.625-634, 2004.

FRIED, L.; TANGEN, C.; WALSTON, J.; NEWMAN, A. HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J.; SEEMAN, T.; TRACY, R.; KOP, W.; BURKE, G.; MCBURNIE, M.; CARDIOVASCULAR HEALTH STUDY COLLABORATIVE RESEARCH GROUP. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **J. Gerontol. Biol. Sc. Med. Sc.**, v.56A, n.3, p.M146-M156, 2001.

FRIED, L.; HADLEY, E.; WALSTON, J.; NEWMAN, A.; GURALNIK, J.; STUDENSKI, S.; HARRIS, T.; ERSHLER, W.; FERRUCCI, L. From bedside to bench: Research agenda for frailty. **Sci. Aging Knowl. Environ.**, v.2005, n.31, p 24, 2005.

FRIED, L. P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W. *et al.* (Eds). **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1998. Chapter 109, p. 1387- 402.

FRIED, L.; FERRUCCI, L; DARER, J.; WILLIAMSON, J.; ANDERSON, G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **J. Gerontol. Biol. Sc. Med. Sc.**, v. 59, n. 3, p. 255-263, 2004.

FRIED, L.P.; WALSTON, J. Chapter 464, Approach to the Frail Elderly Patient. In: **Kelley's Textbook of Internal Medicine**. 4th ed. Lippincott Williams e Wilkins. 2000. Disponível:<<http://www.mitchell-tapping.com/medical/anesthesia%20books/content/2/020000000.htm>> Acesso realizado em 28 out. 2005.

GILLICK, M. Pinning down frailty. **J. Geront. Biol. Sc. Med. Sc.**, v.56A, n.3, p.M1 34-M1 35, 2001.

GUILLEY, E.; ARMI, F.; GHISLETTA, P.; SPINI, D.; LALIVE D'EPINAY, C. Vers une définition opérationnelle de la fragilité. **Médecine e Hygiène**, v. 61, n. 2459, p.2256-2261, 2003.

HAMERMAN, D. Towards an understanding of frailty . **Ann. Int. Medicine**, v.130, p.945-950, 1999.

HOGAN, D.; MACKNIGHT, C.; BERGMAN, H. Models, definitions, and criteria of frailty. **Aging Clinical e Experimental Research**, v.15, n.3 (supp.), p.2-29, 2003.

HOOI, W.; BERGMAN, H. A Review on Models and Perspectives on Frailty in Older Persons. Presented at the SGH Hospital-wide Clinical Meeting on 8 May 2004. **Geriatric Medicine Unit - SGH**, v.14, n.2, 2005. Acessado em: 13 fev. 2006. Disponível em: <http://www.pgmi.com.sg/>

KAETHLER, Y.; MOLNAR, F.; MITCHELL, S.; SOUCIE, P.; MAN-SON-HING, M. Defining the Concept of Frailty: A Survey of multi-disciplinary health professionals. **Geriatrics Today: Journal of Canadian Geriatric Society**, v. 6, p. 26-31, 2003.

KINNEY, J. Nutritional frailty, sarcopenia and falls in the elderly. **Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care**, v. 7, p. 15-20, 2004.

KORPELA, J. Definition: a definition and an analysis. In: **IT and communication**. 2004. Disponível em <http://www.cs.tut.fi/~jkorpela/indexen.html>. Acesso em 12 mar. 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005. 256 p.

LIPSITZ, L. Dynamics of stability: physiologic basis of functional health and frailty. **J. Gerontol. Biol. Sc. Med. Sc.**, v. 57A, n. 3, p. B115-125, 2002.

LIPSITZ, L. Physiological complexity, aging, and the path to frailty. **Sci. Aging Knowl. Environ.**, v. 2004, i.16, p.16-21, 2004.

LOURENÇO, R.A.; MARTINS, C.S.F.; SANCHEZ, M.A.; VERAS, R.P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, v.39 (2), p. 311-318, 2005.

MARKLE-REID, M.; BROWNE G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. **Journal of Advanced Nursing**, v. 44, n. 1, p. 58-68, 2003.

MENELEY, M. **Looking at frailty through the lens of ethnicity: a phenomenological study of elderly women living alone in the community**. Thesis (MSc). Faculty of Medicine, University of Toronto, 1999. 180p.

MITNITSKI, A.; GRAHAM, J.; MOGILNER, A.; ROCKWOOD, K. Frailty, fitness and late-life mortality in relation to chronological and biological age. **BMC Geriatrics**, 2:1, 2002. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/2/1>

MORLEY, J.; PERRY, H.; MILLER, D. Something about frailty. **The Journals of Gerontology**, v.57A, n.11, p.M698-M704, 2002.

NASH, C.; MAYO, N. E.; MORIELLO C. Identifying frailty using the ICF: proof of concept. School of Physical and Occupational Therapy, **McGill University** (presentation), 2005.

NEGRI, L.S.A.; RUY, G. F.; COLLODETTI J.B.; PINTO, L.F.; SORANZ, D.R. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.1033-1046, 2004.

NOURHASHEMI, F.; ANDRIEU, S.; GILLETTE-GUYONNET, S.; VELLAS, B.; ALBAREDE, J.; GRANDJEAN, H. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7354 community-dwelling elderly women (The EPIDOS Study). **The Journals of Gerontology**, v.56A, n.7, p. M448-453, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org. Coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad.: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2005. 60p.

PAULI, E. Pequena metodologia científica. In: **O que todos devem saber da filosofia**. 1997. Disponível em <<http://www.cs.tut.fi/~jkorpe/indexen.html>> Acesso: 12 mar. 2006.

PAVEL, S; NOLET, D. **Manual de terminologia**. Tradução de Enilde Faulstich. Gatineau, Québec: Direção de Terminologia e Normalização – Departamento de Tradução do Governo Canadense, 2002.

PUTS, M.; LIPS, P.; RIBBE, M.; DEEG, D. The effect of frailty on residential/ nursing home admission in the Netherlands independent of chronic diseases and functional limitations. **Eur. J. Ageing**, v.2, p.264-274, 2005a.

PUTS, M.; VISSER, M.; TWISK, J.; DEEG, D.; LIPS, P. Endocrine and inflammatory markers as predictors of frailty. **Clinical Endocrinology**, v.63, p.403-411, 2005b.

PUTS, M.; SHEKARY, N.; WIDDERSHOVEN, G.; HELDENS, J.; LIPS, P.; DEEG, D. Frailty and successful aging, what do these concepts mean to older community-dwelling adults? (submitted). 2006.

RAPHAEL, D.; BROWN, I.; RENWICK, R.; CAVA, M.; WEIR, N.; HEATHCOTE, K. Measuring the quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing. **J. Nurs. Stud.**, v.34, n.3, p.231-239, 1997.

ROCKWOOD, K.; STADNYK, K.; MACKNIGHT, C.; MCDOWELL, I.; HEBERT, R.; HOGAN, D. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. **Lancet**, v.353, p.205-206, 1999.

ROCKWOOD, K.; HOWLETT, S.; MACKNIGHT, C.; BEATTIE, B.; BERGMAN, H.; HEBERT, R.; HOGAN, D.; WOLFSON, C.; MCDOWELL, I. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian Study of Health and Aging. **J. Gerontol. Biol. Sc. Med. Sc.**, v.59, n.12, p. 1310-1317, 2004.

ROCKWOOD, K. Frailty and its definition: a worthy challenge. **J. Am. Ger. Soc.**, v.53, n.6, p.1069, 2005a.

ROCKWOOD, K. What would make a definition of frailty successful? **Age and Ageing**, v. 34, p. 432-434, 2005b.

ROCKWOOD, K.; HOGAN, D.; MACKNIGHT, C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. **Drugs and Aging**, v. 17, p. 295-302, 2000.

SCHRAGER, M.; BANDINELLI, S.; MAGGI, S.; FERRUCCI, L. Sarcopenia: twenty open questions for a research agenda. **Basic. Appl. Myol.**, v.13, n.4, p.203-208, 2003.

SPEECHLEY, M.; TINETTI, M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.39, n.1, p.46-52, 1991.

STRAWBRIDGE, W.; SHEMA, S.; BALFOUR, J.; HIGBY, H.; KAPLAN, G. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. **J. Gerontol. Biol. Psych. Sci. Soc. Sci.**, v. 53, n. 1, p. S9-16, 1998.

SYDDALL, H.; COOPER, C.; MARTIN, F.; BRIGGS, R.; AIHIE SAYER, A. Is grip strength a useful single marker of frailty?. **Age and Ageing**, v.32, n.6, p.650-656, 2003.

TEIXEIRA, I.; NERI, A. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS *et al.* (Eds). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap.115, p.1102-1109.

WALSTON, J.; HADLEY, E.; FERRUCCI, L.; GURALNIK, J.; NEWMAN, A.; STUDENSKI, S.; ERSHLER, W.; HARRIS, T.; FRIED, L. Research Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.54 p.991, 2006.

WALSTON, J. Frailty: the search for underlying causes. **Sci. Aging Knowl. Environ.**, v. 4, 2004.

WATT, J. H.; VAN DEN BERG, S. Elements of scientific theories: concepts and definitions. In: **Research Methods For Communication Science**. Boston: Allyn e Bacon, 2002. cap. 2, p. 11-22.

WINOGRAD, C.; GERETY, M.; CHUNG, M.; GOLDSTEIN, M.; DOMINGUEZ, F.; VALLONE, R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.39, n.8, p.778-784, 1991.

WOO, J.; GOGGINS, W.; SHAM, A. Social Determinants of Frailty. **Gerontology**, v.51, p.402-408, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: FISILOGIA DA FRAGILIDADE

APÊNDICE 2: QUESTIONÁRIO *DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE*

APÊNDICE 3: AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO *DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE*

APÊNDICE 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE 5: CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

APÊNDICE 6: CONFIRMAÇÃO

APÊNDICE 7: INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DE DISCURSO (IAD)

APÊNDICE 8: UMA QUESTÃO DE TRADUÇÃO

APÊNDICE 1 – FISIOLÓGIA DA FRAGILIDADE

Texto de Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira Teixeira fundamentado nos estudos *Frailty: the search for underlying causes* (WALSTON, 2004) e *Frailty in older adults: insights and interventions* (ESPINOZA e WALSTON, 2005).

Segundo LIPSITZ (2002), a homeostase é assegurada por mecanismos de regulação nos níveis molecular, celular e orgânico associados à interação contínua de processos elétricos, químicos e mecânicos. Esse pesquisador explica que a complexidade desse controle torna-se evidente quando são realizadas medidas sucessivas da pressão arterial sistêmica, dos batimentos cardíacos, da atividade elétrica cerebral e das concentrações hormonais; porém, à medida que o organismo envelhece, ocorre uma redução da eficiência na dinâmica que possibilita respostas adequadas às perturbações internas e externas, implicando dificuldades heterogêneas para enfrentar os estresses e indicando fragilidade.

A hipótese de que a fragilidade resulta de alterações nos sistemas fisiológicos não é recente, embora os mecanismos dessa desregulação ainda não sejam conhecidos, conforme indicam cinco estudos propostos por WALSTON (2004). BUCHNER e WAGNER (1992) propõem que as bases fisiológicas da fragilidade estão relacionadas tanto às mudanças no sistema músculo-esquelético e no metabolismo energético como às modificações em processos neurológicos. LIPSITZ e GOLDBERG (1992) explicam que a fragilidade representa perda da resposta dinâmica do organismo aos fatores estressores com alterações significativas nos sistemas nervoso, endócrino e cardiovascular. BORTZ (1993) escreve que a fisiologia alterada que se observa em idosos frágeis é decorrente da redução da capacidade celular de produção energética. O autor ressalta que fragilidade é uma entidade clínica distinta do envelhecimento e afirma o potencial de reversibilidade da síndrome após intervenções clínicas (BORTZ, 2002). LIPSITZ (2002) discute que a complexidade das respostas dos sistemas cardiovascular e nervoso modifica-se com o envelhecimento e a fragilidade pode ser resultante, em parte, da ineficácia dessas respostas aos estressores.

FRIED *et al.* (2004) definem fragilidade como uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva de energia e pela resistência reduzida aos estressores. Essa condição é resultante de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições

adversas. Para esses pesquisadores, a diminuição da reserva resulta na dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição às perturbações, tais como alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde (exacerbação de patologia crônica, acometimento por patologia aguda ou ocorrência de lesões traumáticas).

FRIED e WALSTON (2000) propõem que três mudanças relacionadas à idade estão subjacentes à síndrome, compondo a tríade da fragilidade: (1) alterações neuromusculares, principalmente a sarcopenia; (2) desregulação do sistema neuroendócrino; (3) disfunção do sistema imunológico. A sarcopenia tem sido considerada um indicador importante de fragilidade física no modelo de FRIED e WALSTON (1998). Segundo SCHRAGER *et al.* (2003), a curva de crescimento da massa muscular alcança o ápice por volta dos 25 anos de idade e permanece estável por aproximadamente uma década, quando se inicia o declínio com etiologia multifatorial. SCHRAGER *et al.* (2003) escrevem ainda que embora as atividades e os exercícios físicos sejam apontados como fatores de proteção da integridade do sistema músculo-esquelético, os efeitos sobre a massa muscular não podem ser considerados evidências de que essa prática exerça ação inibitória sobre três mecanismos biológicos descritos pelos autores como fatores etiológicos da sarcopenia:

1. Danos causados pelas espécies reativas de oxigênio²⁰ (ROS) produzidas pelas mitocôndrias das fibras musculares

Embora não exista evidência direta em humanos de que ocorre aumento da produção de ROS e da taxa de estresse oxidativo durante o envelhecimento, há dados indicativos de que as concentrações séricas e teciduais de antioxidantes, principalmente da enzima super óxido-dismutase (SOD), tornam-se elevadas nesse período da vida em reação ao incremento de estresse oxidativo. Em condições fisiológicas, uma quantidade baixa de ROS é positiva porque estimula a produção de antioxidantes, promove a ativação do *turnover* e estimula a renovação das fibras. Quando há excesso, os organismos jovens modulam a quantidade adequada de antioxidantes, mas no envelhecimento, essa

²⁰ ROS: *Reactive Oxygen Species*.

capacidade de ajuste torna-se ineficaz e a atividade antioxidante é insuficiente para proteger os músculos dos danos causados pelas ROS.

2. Efeito catabólico da inflamação crônica

O efeito catabólico das citocinas fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), interleucina-1 (IL-1) e interleucina 6 (IL-6) sobre as fibras musculares tem sido estudado *in vitro* e *in vivo*. FERRUCCI *et al.* (2003) demonstraram que o efeito preditor do nível sérico de IL-6 sobre o declínio acelerado da funcionalidade em idosas frágeis é decorrente da ação deletéria da IL-6 na força muscular.

3. Mudança na composição corporal

A redução da massa muscular associada ao aumento do tecido gorduroso tem sido explicada de três formas: (1) a hipotrofia da massa muscular forma um “espaço” que seria ocupado pelos adipócitos; (2) o aumento do tecido gorduroso facilitaria a hipotrofia muscular; (3) o aumento do tecido gorduroso produz níveis elevados de leptina circulante que contribuiria para a sarcopenia por meio da inibição do hormônio do crescimento (GH)²¹.

A manutenção da massa muscular depende de fatores genéticos, ambientais e patológicos. Segundo FRIED e WALSTON (1998), o declínio da tolerância ao exercício físico decorrente da sarcopenia, observado em idosos frágeis, exerce impacto no estilo de vida individual e compromete o desempenho das atividades de vida diária. Para SCHRAGER *et al.* (2003), a interação das alterações fisiológicas no sistema músculo-esquelético, associada aos efeitos dos exercícios ou do sedentarismo, direciona a trajetória heterogênea da massa/força muscular no curso de vida individual, a qual apresenta inúmeras possibilidades.

Além da sarcopenia, WALSTON (2004) indica como correlatos fisiológicos da fragilidade: os marcadores da inflamação, a ativação de mecanismos de coagulação do sangue, o declínio da produção hormonal e a diminuição das concentrações séricas de hemoglobina. ROUBENOFF

²¹ GH: *growth hormone*.

(2003) sugeriu que a IL-6 e outras citocinas provocam efeito catabólico por meio de três mecanismos: (1) indução de anorexia; (2) redução das concentrações do hormônio do crescimento (GH) e do fator de crescimento insulina símile tipo 1 (IGF-1)²²; (3) perda de células musculares durante o envelhecimento. ERSHLER e KELLER (2000) apontam que a IL-6 está associada aos efeitos fisiológicos adversos como a sarcopenia, a perda de peso e a susceptibilidade aumentada à infecção. Para esses autores, a redução dos hormônios estrogênio e testosterona está entre os fatores reguladores da diminuição da expressão do gene da IL-6 e o aumento da IL-6 pode contribuir para a sarcopenia, a osteopenia, a anemia subclínica, os distúrbios linfo-proliferativos e a doença de Alzheimer. ERSHLER (2003) demonstrou que a IL-6 está diretamente relacionada à anemia por meio da inibição da produção de eritropoietina ou por interferência no metabolismo do ferro.

A hipótese de que o estado inflamatório crônico está associado a outros efeitos hematológicos como a ativação da cascata de coagulação é defendida por WALSTON *et al.* (2002). Os resultados do estudo desses pesquisadores realizado com 4.735 participantes do *Cardiovascular Health Study* apontaram que 48,3% dos idosos da amostra não eram frágeis, 45,3% estavam em estágio de transição para a fragilidade e 6,3% eram frágeis. WALSTON *et al.* (2002) demonstraram que os níveis da proteína C reativa, do fator VIII e do D-dímero estavam elevados nos idosos considerados frágeis, sustentando a hipótese de que os mecanismos de coagulação encontram-se alterados nesse grupo de indivíduos. Essas correlações mantiveram-se significativas tanto após os ajustes para raça, gênero e idade quanto após a exclusão dos participantes com doenças cardiovasculares e diabetes, essas associadas ao aumento de marcadores da inflamação (Figura 1). Em pesquisas do *Duke Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*, COHEN *et al.* (2003) demonstraram que idosos com altos níveis de IL-6 e de D-dímero apresentam declínio funcional acelerado em comparação aos idosos com níveis não elevados desses marcadores.

²² IGF-1: *Insulin-like Growth Factor*.

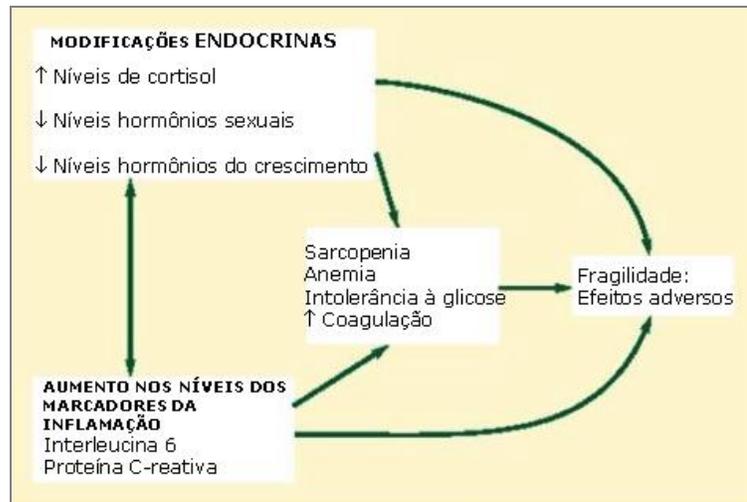


Figura 1. Interações hipotéticas nos sistemas fisiológicos

O esquema mostra a influência dos sistemas endócrino e inflamatório²³ nas modificações que ocorrem na produção de células vermelhas do sangue, na coagulação sanguínea, no sistema músculo-esquelético e no metabolismo. A hipótese é de que essas mudanças fisiológicas contribuem para os sintomas dos idosos frágeis e em última instância, para a vulnerabilidade desses idosos aos desfechos adversos de saúde. Fonte: ESPINOZA e WALSTON, 2005, p.1108. Traduzido.

Segundo LENG *et al.* (2002), há uma associação entre fragilidade e baixa concentração de hemoglobina e também entre fragilidade e quantidade elevada de IL-6. WALSTON (2004) explica que em estudo mais recente, foi demonstrada a existência de correlações inversas entre fragilidade e concentrações séricas de IGF-1, molécula mensageira importante na manutenção da massa muscular cuja produção é estimulada pelo GH. Entretanto, o mesmo autor discute que a etiologia do declínio na concentração desses hormônios não está clara e que as características observadas em idosos frágeis são resultantes da interação de múltiplos sistemas e de mecanismos que afetam o bem-estar do organismo. WALSTON (2004) enfatiza ainda que não há mecanismo etiológico único que justifique as alterações em cada sistema.

Considerando-se que alguns genes influenciam o fenótipo da fragilidade, a associação entre essa síndrome e a elevação das concentrações séricas de IL-6 pode conduzir à hipótese de que a variação desse gene contribui para a fragilidade (WALSTON, 2004). RIVERA-CHAVEZ *et al.* (2003) citados por WALSTON (2004) propõem que o polimorfismo no promotor do gene

²³ Os autores referem-se ao sistema imune como sistema inflamatório.

humano IL-6 na posição -174 aumenta a expressão da IL-6, resultando em concentrações acima do normal. Outros autores apontam que quando o alelo “g” está presente em indivíduos com condições inflamatórias pré-existentes como a síndrome de *Sjogren* ou em indivíduos com história de cirurgia cardíaca de peito aberto, há maior probabilidade de haver concentrações séricas aumentadas de IL-6 e complicações decorrentes de doenças (WALSTON, 2004).

Para WALSTON (2004), a hipótese de que a expressão de alguns alelos pode ser mais influenciada por mudanças fisiológicas relativas à idade que a expressão de outros pode ter efeito no envelhecimento saudável ou marcado por fragilidade. Como exemplo, o autor cita ERSHLER e KELLER (2000), pesquisadores que estudaram o papel do estrogênio na supressão da expressão da IL-6 e na supressão da inflamação. Como a produção desse hormônio declina com a idade, não ocorre a supressão da expressão da IL-6 e os efeitos das variações na região promotora do gene IL-6 elevam o potencial para a expressão aumentada da IL-6 nas pessoas com variação do promotor -174.

WALSTON (2004) aponta que essas informações permitem a construção da hipótese de que há variações genéticas com potencial para iniciar alterações nos sistemas fisiológicos, as quais não manifestam um fenótipo específico até que o envelhecimento ou alguma doença acione o padrão alterado de expressão. Para FRIED *et al.* (2001), os resultados obtidos a partir da operacionalização da definição de fragilidade sustentam a hipótese de que há um ciclo de fragilidade. Os componentes desse ciclo seriam consistentes com o fenótipo da síndrome e estariam associados principalmente às alterações decorrentes do envelhecimento. Hipoteticamente, o ciclo seria representado por um espiral com potencial decrescente na reserva de energia de múltiplos sistemas, explicaria a fraqueza, a perda de peso e as alterações de marcha e justificaria o alto risco para as conseqüências adversas da fragilidade.

Segundo WALSTON *et al.* (2006), os resultados da operacionalização do fenótipo podem sustentar a noção de que a tríade da fragilidade ocorre como um processo crônico e progressivo que apresenta uma fase latente. Entretanto, FRIED *et al.* (2001) afirmam que o fenótipo e o ciclo não são suficientes para explicar os mecanismos biológicos sutis que provocam redução da competência sistêmica para manter a homeostase. Segundo esses pesquisadores, as bases fisiológicas de risco para a fragilidade poderão ser entendidas a partir de estudos que enfoquem

as alterações nos múltiplos sistemas e o declínio de reserva energética decorrente do envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO APÊNDICE 1

- BORTZ, W. M. A conceptual framework of frailty: a review. **J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.**, v.57, p.M283-M288, 2002.
- BORTZ, W. M. The physics of frailty. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.41, p.1004-1008, 1993.
- BUCHNER, D. M.; WAGNER, E. H. Preventing frail health. **Clin. Geriatr. Med.** v.8, p.1-17, 1992.
- COHEN, H. J.; HARRIS T.; PIEPER, C. F. Coagulation and activation of inflammatory pathways in the development of functional decline and mortality in the elderly. **Am. J. Med.**, v.114, p.180-187, 2003.
- ERSHLER, W.; KELLER, E. Age-associated increased interleukin-6 gene expression, late-life diseases, and frailty. **Ann. Rev. Med.**, v.51, p.245-270, 2000.
- ERSHLER, W.B. Biological interactions of aging and anemia: a focus on cytokines. **J. Am. Geriatr. Soc.**, (trials), v.51, p.S18-S21, 2003.
- ESPINOZA, S.; WALSTON, J. Frailty in older adults: insights and interventions. **Cleveland Clin. J. Medicine**, v.72, n.12, p.1105-1112, 2005.
- FERRUCCI, L. *et al.* The frailty syndrome: a critical issue in geriatric oncology. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, vol.46, p.127-137, 2003.
- FRIED, L. P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W. *et al.* (Eds). **Principles of geriatric medicine and gerontology**. 4th ed. New York: McGraw-Hill, chapter 109, p. 1387- 402, 1998.
- FRIED, L.P.; FERRUCCI, L.; DARER, J.; WILLIAMSON, J.; ANDERSON, G. Untangling the concepts of Disability, Frailty and Comorbidity: Implications for improved targeting and care. **J. Gerontol. Biol. Sc. Med. Sc.**, v. 59, n.3, 255-263, 2004.
- FRIED, L.P.; TANGEN, C.; WALSTON, J.; NEWMAN, A. *et al.* Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology**, v.56A, n.3, p. M146-156, 2001.
- FRIED, L.P.; WALSTON, J. Chapter 464, Approach to the Frail Elderly Patient. In: **Kelley's Textbook of Internal Medicine**. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2000. Disponível: <<http://www.mitchell-tapping.com/medical/anesthesia%20books/content/2/020000000.htm>> Acesso realizado em 28 out. 2005.
- LENG, S.; CHAVES, P.; KOENIG, K.; WALSTON, J.; Serum interleukin-6 and hemoglobin as physiological correlates in the geriatric syndrome of frailty: a pilot study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.50, p.1268-1271, 2002.
- LIPSITZ, L. A. Dynamics of stability: the physiologic basis of functional health and frailty. **J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.**, v.57, p.B115-B125, 2002.
- LIPSITZ, L. A.; GOLDBERGER, A. L. Loss of "complexity" and aging. Potential applications of fractals and chaos theory to senescence. **JAMA**, v.267, p.1806-1809, 1992.
- RIVERA-CHAVEZ, F. A.; PETERS-HYBKI, D. L.; BARBER, R. C.; O'KEEFE, G. E. Interleukin-6 promoter haplotypes and interleukin-6 cytokine responses. **Shock**, v.20, p.218-223, 2003. *apud* WALSTON, J. Frailty: the search for underlying causes. **Sci. Aging Knowl. Environ.** v. 4, 2004.
- ROUBENOFF, R. Catabolism of aging: Is it an inflammatory process? **Curr. Opin. Nutr. Metab. Care**, v.6, p.295-299, 2003.
- SCHRAGER, M.; BANDINELLI, S.; MAGGI, S.; FERRUCCI, L. Sarcopenia: twenty open questions for a research agenda. **Basic Appl. Myol.**, v.13, n.4, p.203-208, 2003.
- WALSTON, J. Frailty: the search for underlying causes. **Sci. Aging Knowl. Environ.** v. 4, 2004.
- WALSTON, J.; HADLEY, E.; FERRUCCI, L.; GURALNIK, J.; NEWMAN, A.; STUDENSKI, S.; ERSHLER, W.; HARRIS, T.; FRIED, L. Research Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.54 p.991, 2006.

WALSTON, J.; MCBURNIE, M. A.; NEWMAN, A.; TRACY, R.; KOP, W. J.; HIRSCH, C. H.; GOTTDIENER, J.; FRIED, L. P. Cardiovascular Health Study, Frailty and activation of the inflammation and coagulation systems with and without clinical morbidities: Results from the Cardiovascular Health Study. **Arch. Intern. Med.** 162, 2002.

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO *DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE*

Muito obrigada por participar desta pesquisa. Este questionário é um dos instrumentos de coleta de dados para a pesquisa *DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE EM IDOSOS: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL*.

Fragilidade é um termo utilizado por profissionais de saúde com referência à condição não ótima de idosos. Embora haja um consenso de que a fragilidade causa impacto negativo na vida pessoal, familiar e social do indivíduo, não há na literatura científica, uma definição consistente do termo. A subjetividade nas definições de fragilidade em idosos pode resultar em dificuldades na avaliação clínica e tratamento desse segmento da população.

As perguntas propostas a seguir têm como objetivo conhecer as opiniões dos profissionais de saúde sobre as definições de fragilidade. Portanto, não há resposta correta ou incorreta.

Por favor, preencha os seguintes campos:
Nome:
Profissão:
Instituição/instituições onde trabalha:
Tempo de prática profissional com idosos:
Área de Especialização: Residência: Mestrado: Doutorado: Outros cursos de pós graduação:

Por favor, assinale a opção que melhor corresponde aos seus pacientes:
<input type="checkbox"/> Menos de 25% dos meus pacientes têm 60 anos ou mais.
<input type="checkbox"/> Entre 25% e 50 % dos meus pacientes têm 60 anos ou mais.
<input type="checkbox"/> Entre 51% e 75 % dos meus pacientes têm 60 anos ou mais.
<input type="checkbox"/> Acima de 75% dos meus pacientes têm 60 anos ou mais.

1. Os itens desta questão apresentam os critérios utilizados para a definição de fragilidade. Por favor, faça um círculo ao redor do número que corresponde à sua opinião sobre cada critério.

Crítérios	concordo plenamente	concordo	neutro	discordo	Discordo totalmente
1.1 Dependência nas atividades de vida diária (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs)	1	2	3	4	5
1.2 Vulnerabilidade aos estresses ambientais, às patologias e às quedas	1	2	3	4	5
1.3 Comorbidade	1	2	3	4	5
1.5. Idade avançada	1	2	3	4	5
1.5 Número de internações hospitalares	1	2	3	4	5
1.6 Institucionalização	1	2	3	4	5
1.7 Poucas atividades sociais	1	2	3	4	5

() Outros critérios. Por favor, cite-os no espaço abaixo:

2. Os itens desta questão apresentam características de idosos frágeis. Por favor, faça um círculo ao redor do número que corresponde à sua opinião sobre cada característica.

Características	concordo plenamente	concordo	Neutro	discordo	discordo totalmente
2.1 Perda de peso não intencional	1	2	3	4	5
2.2 Auto-relato de fadiga	1	2	3	4	5
2.3 Diminuição da força de preensão	1	2	3	4	5
2.4 Redução das atividades físicas	1	2	3	4	5
2.5 Diminuição na velocidade da marcha	1	2	3	4	5
2.6 Déficit cognitivo	1	2	3	4	5
2.7 Depressão	1	2	3	4	5
2.8 Diminuição das relações sociais	1	2	3	4	5

() Outras características. Por favor, cite-as no espaço abaixo:

3. Os itens desta questão apresentam as consequências da fragilidade nos idosos. Por favor, faça um círculo ao redor do número que corresponde à sua opinião sobre cada consequência.

Consequências	concordo plenamente	concordo	Neutro	discordo	discordo totalmente
3.1 Declínio da capacidade funcional	1	2	3	4	5
3.2 Hospitalização	1	2	3	4	5
3.3 Institucionalização	1	2	3	4	5
3.4 Incapacidade	1	2	3	4	5
3.5 Óbito	1	2	3	4	5

() Outras consequências. Por favor, cite-as no espaço abaixo:

4. Nesta questão, apresento 2 definições de fragilidade em idosos. Por favor, faça um círculo ao redor do número que corresponde à sua opinião sobre cada definição.					
4.1 Fragilidade é uma “síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”.					
	concordo plenamente	Concordo	neutro	discordo	discordo totalmente
	1	2	3	4	5
4.2 Fragilidade é uma “síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”.					
	concordo plenamente	Concordo	neutro	discordo	discordo totalmente
	1	2	3	4	5
5. Por favor, indique o grau de importância de uma definição consensual de fragilidade em idosos na sua prática clínica.					
	muito importante	Importante	indiferente	importância mínima	sem importância alguma
	1	2	3	4	5

Muito obrigada pelas informações.

Fragilidade, comorbidade e incapacidade

6. Por favor, selecione a opção que melhor corresponda à sua opinião e justifique.				
Com relação ao indivíduo idoso, você considera que:	algumas vezes	sempre	não	incerto (a)
6.1 A fragilidade é decorrente da idade?				
6.2 A fragilidade é decorrente de patologia?				
6.3 A fragilidade é decorrente da idade e de patologia?				
Por favor, justifique:				
	algumas vezes	sempre	não	incerto (a)
6.4 Fragilidade e incapacidade representam a mesma entidade clínica?				
6.5 A incapacidade é causa da fragilidade?				
6.6 A fragilidade é causa de incapacidade?				
Por favor, justifique:				
	algumas vezes	sempre	não	incerto (a)
6.7 Fragilidade e comorbidade representam a mesma entidade clínica?				
6.8 A fragilidade causa comorbidade?				
6.9 A comorbidade causa fragilidade?				
Por favor, justifique:				

Muito obrigada por sua participação nessa pesquisa.

APÊNDICE 3 – AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO *DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE*

Nome:

Profissão:

Instituição onde trabalha:

O objetivo deste teste é verificar a aplicabilidade do questionário piloto *Definições de Fragilidade* como instrumento de coleta de dados para a pesquisa *Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional*.

Sua contribuição é muito importante nesta etapa da pesquisa. Após preencher o questionário *Definições de Fragilidade*, por favor, responda:

1. A seqüência das questões está:

() adequada.

() inadequada. Por favor, justifique.

Sugestões: _____

2. O conteúdo das questões está:

() apropriado para todas as questões.

() inapropriado para as questões: _____

Por favor, justifique.

Sugestões: _____

3. Em relação ao tempo para preencher o questionário, você gastou _____ minutos e considera:

adequado

inadequado. Por favor, justifique.

Sugestões: _____

4. Quanto à aplicabilidade do questionário para o objetivo proposto, você

recomenda

não recomenda. Por favor, justifique

Sugestões: _____

5. Você teve dificuldades para preencher o questionário *Definições de Fragilidade*? Por favor, descreva-a (s).

6. Por favor, comente outro(s) aspecto(s) que você julga importante(s).

Muito obrigada.

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro profissional,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional**, sob a responsabilidade de Ilka Nicéia D’Aquino Oliveira Teixeira, mestranda do Curso de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). O objetivo do estudo é conhecer as opiniões dos profissionais de saúde sobre as definições de fragilidade em idosos.

Sua participação será voluntária e todas as informações contidas na pesquisa serão confidenciais. Como entrevistado(a), você poderá obter as informações que considera importantes sobre a pesquisa e esclarecer suas dúvidas sobre os pontos relacionados ao tema. Caso tenha interesse, você poderá ser informado(a) de todos os resultados obtidos.

Este estudo não oferece riscos para você; porém, caso sinta que qualquer questão lhe causa desconforto de qualquer natureza, sinta-se à vontade para recusar-se a respondê-la ou para retirar seu consentimento, a qualquer momento, sem que seja necessário apresentar justificativa.

Agradeço pela atenção. Sua participação é essencial para o desenvolvimento desse estudo.

Ilka Nicéia D’Aquino Oliveira Teixeira

Telefones: (19) 3233-1583 e (11) 7151-7064

Endereço eletrônico: i040650@unicamp.br

Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp (019) 3788-8936

Declaro que, após ter sido esclarecido(a) pela pesquisadora sobre o estudo **Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional** e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar deste Protocolo de Pesquisa.

Campinas, de de 2006.

Nome do profissional:

Registro no conselho de classe:

Assinatura do profissional participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 5 – CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

Autorizo que minha entrevista concedida à Ilka Nicéia D’Aquino Oliveira Teixeira para coleta de dados de seu projeto **DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE EM IDOSOS: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL** seja gravada em fitas cassete. O propósito da gravação é garantir a acuracidade das informações prestadas.

As informações obtidas por meio da entrevista serão transcritas sem o nome do profissional entrevistado e a transcrição não conterá informação alguma que o(a) identifique. Para assegurar esse sigilo, cada transcrição terá um código numérico.

Campinas, de de 2006.

Nome do profissional:

Registro no conselho de classe:

Assinatura do profissional participante

Assinatura da pesquisadora

Ilka Nicéia D’Aquino Oliveira Teixeira

Telefones: (19) 3233-1583 e (11) 7151-7064

Endereço eletrônico: i040650@unicamp.br

Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp (019) 3788-8936

APÊNDICE 6 – CONFIRMAÇÃO

Recebi e li a transcrição da minha entrevista concedida à Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira Teixeira para coleta de dados de seu projeto de pesquisa **DEFINIÇÕES DE FRAGILIDADE EM IDOSOS: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

Confirmo a fidedignidade da transcrição ao conteúdo da entrevista.

Campinas, de de 2006.

Nome do profissional:

Assinatura

APÊNDICE 7 – INSTRUMENTOS DE ANÁLISE DE DISCURSO (IAD)

Respostas e Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) por questão

Questão 1. Com base na sua prática com idosos, o que tornaria uma pessoa frágil ao longo da vida?

- Os eventos que ocorrem ao longo da vida. Os eventos de natureza de saúde, os eventos de natureza social, os eventos de natureza emocional e o próprio envelhecimento, numa idade mais avançada em que os recursos internos já são menores para enfrentar esses eventos. São os eventos estressores que desencadeariam uma resposta e a capacidade de responder a esses eventos se tornaria menor no decorrer, no avanço da idade, em uma idade mais avançada. A gente pode pensar também nos extremos da vida: a fragilidade ou uma pessoa frágil ao nascer_ a fragilidade no recém-nascido em uma ótica e a fragilidade no envelhecimento, no fim da vida, numa outra ótica de fragilidade. Então, em um contínuo da vida podem ocorrer momentos de maior ou menor fragilidade da pessoa.
- Quando ela tem alguma ou algumas doenças que a impossibilitam de estar fazendo as atividades diárias dela, de estar seguindo a vida normal dela. Tudo isso vai pesando _ a idade, as doenças que possivelmente ela possa ter ao longo da vida, o estilo de vida que ela teve a vida inteira. Eu acho que é mais ou menos isso. Ela fica susceptível às quedas, a adquirir doenças ... acho que é isso.
- Quando a pessoa apresenta uma certa fragilidade é como se, em termos figurados, aquela luzinha fosse se apagando, é como se fosse um preparo para o iniciar de uma nova fase que não é desse plano.
- Eu acho que a fragilidade está relacionada à uma idade mais avançada_ a gente sabe que nem todos os idosos chegam à essa idade avançada, acima de 80 anos e que muitas vezes eles chegam à essa fase com várias comorbidades. Então, a idade avançada associada à várias comorbidades levam esse indivíduo a ficar mais frágil aos efeitos adversos de

medicações, às conseqüências mais graves de intercorrências agudas por exemplo e esses idosos necessitam de um atendimento de profissionais especializados.

- Eu vejo uma soma de fatores. Seguramente, essa condição de frágil é multifatorial e certamente, a meu ver, tem origem desde a concepção do indivíduo. Obviamente, a participação dos fatores genéticos que irão contribuir para determinar uma rota de vida e de mudanças biológicas poderão culminar nessa condição que estamos chamando de frágil. Mas há também a contribuição de fatores de ordem social, de ordem econômica. Veja um dos aspectos que contribui desfavoravelmente para o indivíduo no curso de sua vida para ele chegar à situação de frágil é a condição de não acesso ou de acesso limitado à educação formal. Indivíduos com baixo nível de escolaridade ou analfabetos têm uma condição menos favorável que interfere até mesmo com o curso da vida, sob o ponto de vista de acarretar alterações biológicas e psicológicas que dificultam a sua adaptação às mudanças nas diferentes etapas, nas diferentes fases da vida. Quando você imagina que na velhice há uma possibilidade maior de acontecer perdas de várias ordens, se esse indivíduo tiver mecanismos ou estratégias que lhe possibilitem uma adaptação maior à essas mudanças negativas ou desfavoráveis, seguramente suas chances de evoluir para uma condição ativa, com uma melhor qualidade de vida é muito maior. Se ao contrário, se ele não tiver desenvolvido minimamente, condições que lhe permitam essa adaptação ... e aí entram aspectos sociais, econômicos, culturais, biológicos, psicológicos, inclusive o fator de escolaridade, tempo de escolaridade que é um dos fatores de grande relevância a meu ver e na visão de tantos outros autores que estudaram isso, seguramente, sua resposta será menos favorável.
- São os traumas emocionais não resolvidos. Então, são histórias de vida bastante complicadas e que por vários fatores, muitas pessoas conseguem sair de uma forma ilesa desses traumas. Existem pessoas que têm um suporte mais forte e que apesar de passarem por coisas muito duras, conseguem se recuperar e às vezes até sair ganhando com as experiências, mas acho que a grande maioria perde muito com isso. Eu acho que isso vai acarretando uma série de coisas e com o envelhecimento, além de você levar isso, tem as coisas normais do envelhecimento que são as doenças, a fragilidade física, a dependência.

- Eu acredito que sejam os problemas de saúde, os problemas familiares, sociais, econômicos. Eu acho que são fatores múltiplos que fragilizam o indivíduo e um dos que mais nos afetam seria a saúde, os problemas de saúde, as doenças. A desestruturação familiar, problemas econômicos, grandes perdas, sejam quais forem, fazem o indivíduo se tornar frágil até sem ser idoso. Às vezes, a falta de uma religião, de uma crença em Deus, as coisas passam a não ter um significado, tem um vazio. Então, às vezes, um desses elementos pode ter um peso maior que outro para a pessoa e dependendo do que é importante para ela na vida, perante uma perda, uma supera e a outra não supera: pode ser a perda de um filho, a perda de bens econômicos, de emprego, enfrentar um problema de saúde ... alguns não conseguem e às vezes é um problema que podia ser superado, mas o indivíduo não consegue superar aquele problema e isso vai fragilizando o indivíduo ao longo da vida. Eu acredito que ele já chegue fragilizado na velhice, eu tenho essa impressão_ que ele não começa a ficar fragilizado quando já está velho, mas ele já vem com uma história que até culmine com o agravamento disso tudo na terceira idade.
- Eu acho que uma doença torna uma pessoa frágil, indiferente da faixa etária e indiferente do momento da vida. Mas quando vem o envelhecimento, indiferente de uma instalação de doença, de uma afecção, a pessoa se torna frágil. Esse momento é diferente para cada um: em algumas pessoas esse processo vem e acaba indo um pouco antes ... não existe um momento certo para isso_ é de acordo com cada um, com a vida que cada um levou, com o estilo de vida, com alimentação, com várias coisas que pode tornar um indivíduo frágil ou não.
- Então, o que torna uma pessoa frágil ao se aproximar da velhice no meu ponto de vista é um acúmulo de eventos fisiológicos, psicológicos, sociais que vão abalando a estrutura construída ao longo da vida. Embora não seja uma característica da velhice, eu acho que a gente tem várias fragilidades ao longo da vida e a tendência do pensamento é a gente se voltar para a velhice quando pensa em fragilidade, talvez por conta da contaminação da leitura. Então, o que tornaria, eu acredito que seria essa confluência de eventos, no caso, dos aspectos orgânicos, fisiológicos seria o desgaste. Na questão psicológica, eventos ao longo da vida, perdas (perdas de papéis, perdas de pessoas) e na questão social, as perdas de papéis de uma certa forma: a aposentadoria, a própria imagem que vai se modificando ao

longo da vida e que tem reflexo social importante. Então, é difícil pensar na fragilidade ao longo da vida sem que eu mais ou menos a coloque próxima já do envelhecimento. É isso.

- É complexo isso, é bem complicado. Eu acredito que são vários fatores que levam a pessoa durante o envelhecimento a apresentar uma fragilidade. Nós podemos chamar essa pessoa de “um idoso frágil”. Eu considero que alguns fatores estão relacionados ao estilo de vida dessa pessoa, à constituição física, à capacidade orgânica dessa pessoa, o padrão de vida que essa pessoa teve, a história de vida dessa pessoa, enfim, uma série de fatores que estejam relacionados tanto à história de vida quanto ... e história de vida que eu digo é relacionada ao passado e tem a história de vida atual, a vida que atualmente ela esteja desenvolvendo que com certeza, de alguma forma contribuirá para o que ela poderá apresentar no futuro. Acho que ficaria difícil pontuar todos esses fatores, essas causas, mas eu acho que em síntese é isso. Vejo que existe uma questão importante que é a questão individual, mas vejo também que existem fatores ambientais que contribuem para que ela evolua para uma fragilidade.

- Vejo que são várias, digamos, várias dimensões: a dimensão maior de uma sociedade que é a falta de proteção social mais ampla e isso traz uma fragilidade para a pessoa, quer dizer, ela não ter assegurado certos direitos. Em um nível mais amplo, isso é uma fragilidade porque você não tem direitos garantidos. Num nível, num fórum mais da esfera privada, são as próprias relações também dentro do que podemos chamar de família ou de núcleo de convivência dessa pessoa. Então, se ela não tiver um apoio, um acolhimento, uma afetividade, uma convivência, isso também causa uma certa fragilidade. Na perspectiva de saúde, de instalação de doenças, também determinados tipos de doenças provocam uma fragilidade nas pessoas. Nesse nível, vai desde o nível orgânico das próprias etapas de vida que vão trazendo certas fragilidades no próprio organismo como também no aspecto emocional. Determinados acontecimentos ou vivências e como a pessoa elabora essas questões ao longo de sua vida; então, tanto o aspecto físico, psicológico, emocional também trazem fragilidade dependendo da história de vida dessa pessoa e que se reflete ... isso é um processo. Eu vejo a questão da fragilidade não como uma coisa que acontece em um determinado momento de vida, é um processo que é desencadeado por algumas questões. Você tem a possibilidade ou elementos tanto emocionais, físicos, da própria sociedade, de

condição social de enfrentar melhor que o outro. Então, eu acho que a fragilidade é uma coisa muito complexa e muito ampla_ ela tem muitas dimensões na minha visão.

- Bom, esse conceito de fragilidade, a meu ver, é muito subjetivo porque nós podemos “estar frágeis” ou “ser frágeis”. Com qualquer emoção um pouco mais forte, a gente pode estar ou ser frágil, dependendo das características pessoais. Eu acredito que para uma pessoa estar frágil, chama o aspecto de recurso interno que ela está debilitada_ recursos internos para ela superar determinada situação que ela está vivendo. Eu estou me referindo a uma pessoa de qualquer faixa etária. Eu não lido com nenhuma pessoa que quer fazer atividade física simplesmente por fins estéticos, muito pelo contrário, todos os meus alunos (eu não gosto da palavra clientes) têm um propósito voltado para a saúde. Todos eles têm um perfil para isso e não para a estética. Então, com essas pessoas ... eu vivencio experiências particulares com cada uma delas que me faz senti-los, em algum momento, frágeis. O “estar frágil” é a emoção que eles me causam quando eles passam, muitas vezes, através da linguagem do corpo, especificamente, esse sentimento de estar frágil_ por algum problema que eles estejam vivendo. Eu acredito que todos nós já vivemos muitos momentos de fragilidade e o indivíduo idoso, ele carrega um componente um pouco maior nessa questão de fragilidade porque ele já está numa idade em que a máquina que ele carrega já começa a apresentar problemas. Então, isso em si, na concepção técnica, já o tornaria um indivíduo frágil, ou seja, aquele indivíduo que já não responde da mesma forma aos estímulos que são propostos_ isso é de uma maneira técnica. Agora, de uma maneira mais pessoal, essa fragilidade no idoso ... eu sinto que nem todo idoso é frágil e apesar de haver esse componente técnico de que a máquina já não funciona mais da mesma forma e já o predisponha a estar numa condição frágil, o aspecto dos recursos internos que eu havia comentado antes, esses são os que mais importam no conceito de estar frágil e ser frágil. Porque a terceira idade é um grupo de indivíduos que chegaram em um patamar no qual basicamente são considerados frágeis pela sociedade, fora as outras coisas que não importam porque só atrapalham, mas o ser frágil nesse momento ... a meu ver, não é sempre que o indivíduo idoso é frágil. No meu ver, se ele tiver recursos internos importantes e bons, ele consegue vencer uma série de barreiras, de obstáculos, que fazem parte do processo de envelhecimento sem deixa-lo frágil. Essa é primeira pergunta e eu espero ter conseguido mais ou menos...

* * *

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 (Respostas: 5, 6, 7, 9 e 11).

IDÉIA CENTRAL: A fragilidade no idoso é uma condição multifatorial e multidimensional que se desenvolve ao longo da vida.

A condição de frágil é multifatorial e tem origem desde a concepção do indivíduo. A pessoa não começa a ficar fragilizada quando já está velha. Eu vejo a fragilidade como um processo ... Obviamente, os fatores genéticos irão contribuir para determinar uma rota de vida e de mudanças biológicas que poderão culminar nessa condição. O acúmulo de eventos fisiológicos, psicológicos e sociais vai abalando a estrutura construída ao longo da vida e a confluência desses eventos traria o desgaste nos aspectos orgânicos e fisiológicos. Na questão psicossocial, eventos que envolvem perdas, tais como papéis sociais, emprego, pessoas, bens econômicos, a própria imagem que vai se modificando, a falta de uma crença . Um desses elementos pode ter um peso maior que outro para a pessoa e perante uma perda, dependendo do que é importante para ela, uma supera e a outra não supera. Existem pessoas que têm um suporte mais forte e apesar de passarem por coisas muito duras, conseguem se recuperar e às vezes, até sair ganhando com as experiências. Alguns não conseguem e isso vai fragilizando o indivíduo ao longo da vida. Em um nível mais amplo, a falta de proteção social traz fragilidade e num fórum da esfera privada, são as próprias relações de núcleo de convivência dessa pessoa. Se ela não tiver um apoio, um acolhimento, uma afetividade, uma convivência, isso também causa uma certa fragilidade. Um dos aspectos que também contribui desfavoravelmente para o indivíduo chegar à situação de frágil é a condição de não acesso ou de acesso limitado à educação formal. Indivíduos com baixo nível de escolaridade ou analfabetos têm uma condição menos favorável que interfere até mesmo com o curso da vida, sob o ponto de vista de acarretar alterações biológicas e psicológicas que dificultam a sua adaptação às mudanças nas diferentes fases da vida. Quando você imagina que na velhice há uma possibilidade maior de acontecer perdas de várias ordens, se esse indivíduo tiver estratégias que lhe possibilitem uma adaptação maior às mudanças desfavoráveis, suas chances de evoluir para uma condição ativa, com uma melhor qualidade de vida é muito maior. Com o envelhecimento, ocorrem as doenças, a fragilidade

física, a dependência e na perspectiva de saúde, determinados tipos de doenças também provocam fragilidade. Acho que a fragilidade é uma coisa muito complexa e com muitas dimensões.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 (Respostas: 4, 7 e 8).

IDÉIA CENTRAL: A fragilidade esta associada à idade avançada e às comorbidades.

A fragilidade está relacionada à idade mais avançada, tornando-se difícil não aproximá-la do envelhecimento. Com o envelhecimento, indiferente de haver a instalação de doença, de uma afecção, a pessoa se torna frágil. Esse momento, no entanto, é diferente para cada um de acordo com o estilo de vida, com a alimentação, com várias coisas que podem tornar um indivíduo frágil ou não. Dessa forma, são múltiplos os fatores que fragilizam o indivíduo e um dos que mais afeta seria a doença. A idade avançada associada a comorbidades leva esse indivíduo a ficar mais frágil aos efeitos adversos de medicações e às conseqüências mais graves de intercorrências agudas, por exemplo. Esses idosos necessitam de um atendimento feito por profissionais especializados.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3 (Resposta: 12).

IDÉIA CENTRAL: Os eventos estressantes ao longo da vida afetam o idoso, mas recursos internos firmes podem evitar a fragilidade.

Os eventos estressores desencadeiam uma resposta e a capacidade de responder a esses eventos se tornaria menor em uma idade mais avançada. São histórias de vida bastante complicadas e que por vários fatores, muitas pessoas conseguem sair de uma forma ileso. Existem pessoas que têm um suporte mais forte e que apesar de passarem por coisas muito duras, conseguem recuperar-se e às vezes, até sair ganhando com as experiências. Determinados acontecimentos ou vivências e como a pessoa elabora essas questões ao longo de sua vida, tanto no aspecto físico, psicológico e emocional também trazem fragilidade, dependendo da história de vida da pessoa. Isso vai acarretando uma série de coisas: os problemas de saúde, os problemas

familiares, sociais, econômicos ... Todos nós já vivemos momentos de fragilidade e o indivíduo idoso carrega um componente um pouco maior nessa questão porque está numa idade em que a “máquina” já começa a apresentar problemas. Na concepção técnica, isso já o tornaria um indivíduo frágil, mas nem todo idoso é frágil. Apesar de haver esse componente técnico de que a “máquina” já não funciona mais da mesma forma e o predispõe a uma condição frágil, se ele tiver recursos internos importantes e bons, ele consegue vencer uma série de barreiras, de obstáculos que fazem parte do processo de envelhecimento, sem deixá-lo frágil.

Questão 2. Quando você está atendendo um idoso e uma idosa, há possibilidade de você saber, antes da anamnese e antes de qualquer exame ou teste se ele ou ela está frágil?

- Eu poderia ver alguns indicadores de fragilidade física. Um idoso, por exemplo, dependente naquele momento da cadeira de rodas para a locomoção, uma pessoa extremamente emagrecida e uma pessoa que demonstra um comprometimento importante de saúde denota algum tipo de fragilidade sem uma avaliação padronizada. A ausência de acompanhante quando ele necessita mostra outro tipo de fragilidade sem uma avaliação específica do tipo anamnese. Ele estar chorando compulsivamente pode demonstrar uma fragilidade emocional pela perda de um ente querido, alguma situação em que ele está bastante frágil naquele momento, não relacionada à funcionalidade.
- Como ele chega_ de cadeira de rodas, de bengala , de andador, sozinho ou com alguma ajuda. Eu acho que sem fazer qualquer tipo de exame posso ver a marcha, a postura, se ele usa algum dispositivo para ajuda ou não. O próprio semblante do paciente mesmo só de olhar, percebo acho que está bom, acho que não está e depois você faz os exames prá ver se realmente está saudável.
- Às vezes, vejo uma pessoa magrinha e posso subentender que ela esteja frágil porque é uma coisa muito visível, mas a certeza eu só vou ter mesmo depois que eu fizer vários exames, testes.
- Muitas vezes é o aspecto físico: aquele cabelo bem branco mais ralo, a pele mais enrugada, um indivíduo mais magro com cifose ou a necessidade de algum apoio para deambular, seja em um parente, na bengala ou na parede.
- Meu primeiro olhar para um paciente é geralmente em relação às psicopatologias: se a pessoa está muito deprimida, se há problema sério de ansiedade ou algum outro tipo de psicopatologia, se ela já apresenta alguns déficits cognitivos_ o início de alguma demência. Isso seria o que o meu olhar tentaria focalizar primeiro.
- Eu acho que a gente desenvolve um feeling de algumas coisas por ter sensibilidade e às vezes, só pela expressão do rosto consegue sentir. Isso não quer dizer que você vá acertar_ se a pessoa tem um aspecto mais infantilizado, mais carente e o rosto de baixa auto-estima,

às vezes, só de olhar, você já percebe ... Pela postura da pessoa, pela forma como ela te olha ... você pode até perceber alguma coisa, mas isso precisa ser comprovado depois.

- Olha, é bem complicado porque aparentemente, o idoso pode, por exemplo, não andar direito ou ter alguma complicação motora que, a nosso ver, possa ser fragilidade, mas ele é independente nas suas atividades e tem a parte cognitiva preservada. Ao mesmo tempo, há idosos que conseguem andar de forma adequada, falar e manter algumas atividades preservadas, mas são frágeis. Clinicamente “batendo o olho” é difícil de se identificar se é frágil ou não. Com a aplicação de alguns instrumentos, em alguns itens fica claro ver como esse idoso está frágil, mas na primeira avaliação é difícil identificar se ele é frágil ou não.
- Eu não sei se existe a possibilidade de prever, mas é automático a gente fazer isso e talvez, aquilo em que nos baseamos esteja incorreto. No idoso em atendimento ambulatorial, observamos principalmente os aspectos físicos: a textura de pele, a postura tendendo para encurvada, a voz, a força do aperto de mão... A primeira avaliação que me levaria a pensar em fragilidade tanto no idoso como na idosa seria esse aspecto externo, mas depois uma avaliação mais profunda, uma investigação das atividades desenvolvidas, das condições de saúde e dos fatores relacionados à saúde podem dar uma avaliação realmente mais acurada. Avaliamos aqueles fatores da fragilidade: cognição, continência, desempenho das atividades da vida diária, das atividades instrumentais, como eles chegaram ao atendimento, as comorbidades e como eles lidam com elas, como eles tomam a medicação, enfim, todos esses aspectos que vão me dar uma indicação mais precisa. Mas na primeira impressão, eu me direciono sim para pensar se ele é frágil ou não e automaticamente, até sem definir o que é fragilidade. Nas unidades de internação de pacientes graves, os idosos já estão fragilizados por comorbidades ou por agravamento de condições crônicas.
- Não. Acho difícil e até preocupante categorizar pessoas sem uma avaliação cuidadosa. Pode-se pressupor, mas afirmar não. A gente consegue vislumbrar alguma coisa, mas afirmar que ele é frágil requer uma análise cuidadosa e nós temos recursos para fazer essa avaliação. Se você me perguntar como você descreveria um idoso frágil, eu diria que seria uma pessoa, uma pessoa ... como eu poderia dizer? Uma pessoa que não mostra um aspecto saudável, que já mostra uma aparência de triste, preocupada ou deprimida, que tenha uma

estrutura corpórea debilitada. A postura da pessoa já pode mostrar alguma coisa, mas são alguns indícios que te levam a imaginar que ela seja frágil.

- Você pode perceber algumas coisas que podem se confirmar ou não durante uma entrevista. Você observa algumas posturas corporais e os gestos, mais do que as atitudes, revelam aspectos de semblante de tristeza, de apreensão, de expectativa, de ansiedade. As próprias marcas no rosto indicam, muitas vezes, que foram pessoas que tiveram trabalho árduo. Isso se revela ao primeiro olhar no idoso e não dá prá fazer um julgamento, mas o idoso que se cuida, como ele vem até o hospital, suas condições pessoais mesmo de recursos internos ... A condição social é um dos fatores, mas não é o único e nem o determinante.

- Bom, de olhar fica muito subjetivo e tem teorias que eu posso levantar que em qualquer indivíduo, seja ele idoso ou não, a partir do momento que eu o vejo caminhando na rua, que eu o vejo cabisbaixo. Há uma série de linguagens que o corpo da gente emite que são expressões daquele momento que a pessoa está vivendo e no caso do idoso, simplesmente de vê-lo, em pé, parado, sem poder observar determinadas outras atitudes, fica muito, muito ... “um tiro no escuro”, falar alguma coisa em relação à fragilidade. Para que eu possa expressar alguma opinião em relação à fragilidade, é necessário que eu tenha um contato um pouco maior com a pessoa para poder através de ... nem tanto de exercícios, nem tanto de testes, mas através de conversa, de formas como ela se permite falar dela, da maneira como ela expõe as sua idéias, enfim, tudo isso é um material muito rico para me informar alguma coisa que aquela pessoa está vivendo, do momento que ela está vivendo. Como eu acabei de mencionar, para mim, seria muito importante, seria necessário eu ter mais informações do que simplesmente o aspecto visual assim, sem conhecer, para falar alguma coisa a respeito da pessoa em si.

* * *

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

(Respostas: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 e 10).

IDÉIA CENTRAL: A observação de problemas físicos, psíquicos e sociais pode significar indícios de fragilidade no idoso, mas a afirmação dessa condição pode ser feita somente após uma investigação clínica e psicossocial criteriosa.

Na primeira impressão, eu me direciono sim para pensar se ele é frágil ou não, automaticamente, até sem definir o que é fragilidade. Entretanto, acho difícil e até preocupante categorizar pessoas sem uma avaliação cuidadosa. Se você me perguntar como você descreveria um idoso frágil, eu diria que seria uma pessoa que não mostra um aspecto saudável, que já mostra uma aparência de triste, preocupada ou deprimida, que tenha uma estrutura corpórea debilitada. No idoso em atendimento ambulatorial, observo principalmente os aspectos físicos: a textura de pele, a postura tendendo para encurvada, a voz, a força do aperto de mão, como ele chega_ de cadeira de rodas, de bengala, de andador, sozinho ou com alguma ajuda. Eu poderia ver alguns indicadores de fragilidade física: a marcha, a postura, se ele usa algum dispositivo para ajuda ou não. Um idoso, por exemplo, dependente naquele momento da cadeira de rodas para a locomoção, uma pessoa extremamente emagrecida e uma pessoa que demonstra um comprometimento importante de saúde denotam algum tipo de fragilidade sem uma avaliação padronizada. É bem complicado porque aparentemente, o idoso pode não andar direito ou ter alguma complicação motora que, a nosso ver, possa ser fragilidade, mas ele é independente nas suas atividades e tem a parte cognitiva preservada. Ao mesmo tempo, há idosos que conseguem andar de forma adequada, falar e manter algumas atividades preservadas, mas são frágeis. Às vezes, vejo uma pessoa magrinha e posso subentender que ela esteja frágil porque é uma coisa muito visível, mas a certeza eu só vou ter mesmo depois que eu fizer vários exames, testes. A condição social é um dos fatores, mas não é o único e nem o determinante e a ausência de acompanhante, quando ele necessita, mostra outro tipo de fragilidade sem uma avaliação específica do tipo anamnese. Se a pessoa está muito deprimida, se há problema sério de ansiedade ou algum outro tipo de psicopatologia, se ela já apresenta alguns déficits cognitivos_ o início de alguma demência ou se ela está chorando compulsivamente pode demonstrar uma fragilidade emocional, não relacionada à funcionalidade. Uma avaliação mais profunda, uma investigação das atividades desenvolvidas, das condições de saúde e dos fatores relacionados à

saúde pode dar uma avaliação realmente mais acurada. Avalio aqueles fatores da fragilidade: cognição, continência, desempenho das atividades da vida diária, das atividades instrumentais, como eles chegaram ao atendimento, as comorbidades e como eles lidam com elas, como eles tomam a medicação, enfim, todos esses aspectos que vão me dar uma indicação mais precisa. Pela postura da pessoa, pela marcha, pela forma como ela te olha ... você pode até perceber alguma coisa, mas isso precisa ser comprovado. Pode-se pressupor, mas afirmar que ele é frágil requer uma análise cuidadosa e nós temos recursos para fazer essa avaliação. Com a aplicação de alguns instrumentos, em alguns itens, fica claro ver como esse idoso está frágil.

Questão 3. Esses indicadores de fragilidade seriam diferentes para o homem e para a mulher, idoso e idosa, ou seriam os mesmos?

- Eu não teria subsídios para estar respondendo isso aí com clareza _ ainda não tenho um olhar muito claro sobre isso para dizer que sim. Por enquanto, são olhares que eu tenho para ambos os sexos, para o homem e para a mulher, nesse mesmo sentido ... Eu ainda não consegui discriminar.
- Eu acho que seria a mesma coisa, acredito que sim. Mas é lógico que a mulher tem outras coisas que você tem que ver, mas eu acho que num primeiro momento, eu acho que é a mesma coisa.
- Não tem muita diferença. A gente vê também a pele, a perda da massa magra tanto para homem quanto para mulher, sem diferença de sexo.
- Eu acho que é a mesma coisa em relação ao sexo.
- Primeiro que na prática clínica vemos muito mais idosas do que idosos, mais mulheres que envelhecem do que homens. A tal ponto que se fala da feminização da velhice, fato observado no mundo inteiro e também no nosso país. Embora seja acentuado em países mais desenvolvidos, aqui no nosso ambulatório de geriatria nós também observamos isso. A meu ver, particularmente, eu constato com mais facilidade a situação de fragilidade na mulher do que no homem. O que me parece, entre outros aspectos, que a mulher assume mais a dependência do que o homem. Um dos aspectos que melhor evidencia a fragilidade é a dependência de cuidados de outro. A mulher acaba assumindo mais isso até porque culturalmente, essa geração que constitui o indivíduo idoso de hoje na nossa sociedade ... essa geração viveu do ponto de vista de papéis divididos conforme o gênero, viveu a dependência da mulher sob outros aspectos: econômico, social ... viveu isso muito mais intensamente do que as gerações mais jovens. Então, acho que tem também um aspecto geracional presente. Eu identificaria uma idosa frágil também pelo grau de dependência, mas não somente. Eu acho que a idosa frágil evidencia melhor, ela coloca menos resistência em demonstrar a sua fragilidade. O idoso coloca um pouco mais de resistência. Para identificar, nós precisamos aí de um cuidado maior na anamnese e mesmo no exame físico.

O idoso tende a ocultar mais certos dados, por exemplo, déficit visual , déficit auditivo, algum grau de déficit cognitivo quando ele tem condição de tornar isso menos evidente. Ele tende a ocultar algumas queixas, ele tende a valorizar menos e ocultar mais. Já a mulher idosa fragilizada ela queixa-se mais, ela busca mais assistência médica, assistência de profissionais de saúde, ela busca mais a atenção do cuidador ou da cuidadora. Eu não poderia te dizer, de forma bem objetiva, se há outras distinções até porque nós temos uma série de elementos que dificultam esclarecer isso. Até a predominância maior do número de mulheres em relação a homens seguramente dificulta a avaliação.

- Eu acho que é mais pela atitude que você vê do paciente, sabe? Quando o indivíduo é mais auto-confiante, ele tem uma postura para sentar, para te olhar. Quando ele é mais dependente, até pela posição que ele se senta na cadeira, que ele te olha, você já percebe uma certa dependência, uma certa fragilidade, às vezes, até um ganho secundário com aquilo_ ele está recebendo mais atenção, então a dor aumenta ... às vezes, não é tanta dor, mas na cabeça dele é e tanto faz, homem e mulher eu acho que é tudo igual.
- Independente de ser homem ou mulher.
- Eu acho que os aspectos que eu observo são os mesmos: textura da pele que é alguma coisa mesmo até de estereótipo ... porque a fragilidade não é isso, mas a relação automática é com uma pele mais frágil, já com sinais de comprometimento, a postura encurvada, a voz .
- A princípio, eu acho que não haveria diferença. Nesse primeiro momento, eu acho que não, antes da avaliação, né?
- Eu não cheguei a me ater tanto nessas diferenças ... tem mulheres que são mais conservadas, tem homens que são mais ... conservados eu acho que não é um bom termo, mas que têm aspectos diferentes. Você me falando, eu estou lembrando um pouco, está me passando um filme dos idosos e eu não consigo ver uma diferença em termos do gênero, em termos de se os homens apresentam... eu acho que os dois manifestam esses gestos ou posturas. Eu não vejo uma diferença, eu não consigo identificar e até com a sua pergunta pode ser que eu observe melhor isso_ se há um diferença em termos de comportamento, de postura, no olhar ...

- Tanto faria para o homem e para a mulher. Os dois, nesse sentido são ... o que eu poderia observar seria a postura, né? Como ela está, se está muito inclinada, se ela está ... e poderia até fazer algumas sugestões, mas nada de concreto, nada que tenha um valor significativo para mim.

* * *

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 (Respostas: 1, 2, 6, 8 e 10).

IDÉIA CENTRAL: Inicialmente, observo os mesmos aspectos tanto no homem como na mulher.

Eu não teria subsídios para estar respondendo isso com clareza. É lógico que a mulher tem outras coisas que você tem que ver, mas num primeiro momento, independente de ser homem ou mulher, os aspectos que eu observo são os mesmos: textura da pele que é alguma coisa mesmo até de estereótipo ... porque a fragilidade não é isso, mas a relação automática é com uma pele mais frágil, já com sinais de comprometimento, a postura encurvada, a voz. A gente vê também a perda da massa magra tanto para homem quanto para mulher, sem diferença de sexo. Eu acho que é mais pela atitude que você vê do paciente, sabe? Quando o indivíduo é mais autoconfiante, ele tem uma postura para sentar, para te olhar. Quando ele é mais dependente, até pela posição que ele se senta na cadeira, que ele te olha, você já percebe uma certa dependência, uma certa fragilidade e tanto faz, homem e mulher. Eu não vejo uma diferença, eu não consigo identificar e até com a sua pergunta pode ser que eu observe melhor isso.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 (Resposta: 5).

IDÉIA CENTRAL: Constato com maior facilidade a situação de fragilidade na mulher do que no homem.

Particularmente, eu constato com mais facilidade a situação de fragilidade na mulher do que no homem. Um dos aspectos que melhor evidencia a fragilidade é a dependência de cuidados de outro. Eu identificaria uma idosa frágil também pelo grau de dependência, mas não somente. Eu

acho que a idosa frágil evidencia melhor, ela coloca menos resistência em demonstrar a sua fragilidade. O idoso coloca um pouco mais de resistência. Para identificar, nós precisamos de um cuidado maior na anamnese e mesmo no exame físico. O idoso tende a ocultar mais certos dados, por exemplo, déficit visual, déficit auditivo, algum grau de déficit cognitivo quando ele tem condição de tornar isso menos evidente. Ele tende a ocultar algumas queixas, ele tende a valorizar menos e ocultar mais. Já a mulher idosa fragilizada se queixa mais, busca mais assistência médica, assistência de profissionais de saúde, ela busca mais a atenção do cuidador ou da cuidadora. Eu não poderia te dizer, de forma bem objetiva, se há outras distinções porque nós temos uma série de elementos que dificultam esclarecer isso. Até a predominância maior do número de mulheres em relação a homens seguramente dificulta a avaliação.

Questão 4. Há uma relação entre envelhecimento e fragilidade? Se há, como você estabeleceria essa relação?

- Eu acho que a relação “cai” um pouquinho no que eu falei inicialmente: à medida que a idade avança muito, decorrente do envelhecimento primário mesmo, ele pode apresentar fragilidade em função de comprometimento da sua saúde ou comprometimento social _ um idoso que precisa ser institucionalizado pode ser considerado frágil socialmente, eu entendo assim. Ou então, um idoso que não consegue recursos financeiros para a sua subsistência _ eu considero um idoso frágil nesse sentido. Então, na minha ótica, me parece que a fragilidade transcende só o aspecto que a gente trabalha muito de perto que é a funcionalidade, doença, esse aspecto da saúde. Mas acho que na velhice, para o idoso, isso se coloca em um sentido bem amplo de conceito_ no aspecto social, afetivo, eu acho que é um olhar que a gente também tem que ter na velhice.
- Eu acho que as duas coisas podem até se completar: quanto mais velho você vai ficando mais frágil, mais susceptível. Mas eu acho que vai do estilo de vida que a pessoa teve. Eu posso dar algum exemplo? Aqui no ambulatório eu vejo senhores e senhoras de 73 anos que eles tomam um monte de remédio e tem um monte de doenças e o meu pai tem a mesma idade e não tem nada e não toma remédio nenhum e sempre trabalhou, sempre teve uma vida super-ativa, mas ele não pára e tem um estilo de vida que talvez eles não tenham tido e isso envolve bastante coisa. Mas eu acho que uma coisa vem relacionada à outra, a fragilidade com o envelhecimento prá mim ... pode ser, mas nem sempre. Eu acho que tem exceções.
- A gente percebe a fragilidade mais em idosos com idade avançada e talvez tenha uma relação, como eu disse, como se fosse o apagar da chama, como se a chama fosse aos poucos se extinguindo, como um preparo. Embora a gente possa encontrar isso em adultos que ainda não estão idosos, mas por problemas psicológicos. A grande maioria está relacionada como o envelhecimento sim.
- Eu acho que nem todo idoso é frágil. Ele precisa ter uma idade mais avançada e ele acaba tendo alguns aspectos fenotípicos como eu descrevi. Durante a consulta médica, eu acabo percebendo outros aspectos que são as comorbidades, mas fragilidade em indivíduo jovem

... como geriatra, eu vejo fragilidade no idoso e nunca pensei em fragilidade no indivíduo não idoso. A idade corte para idoso é 60 anos e há idosos de 60 e poucos anos que são atletas, que não tem patologia nenhuma, estão bem e não tomam medicação.

- O envelhecimento, em absoluto, não é sinônimo de fragilização ou de fragilidade. Obviamente, nessa fase o número de perdas é maior do que em outras fases da vida. Há perdas de várias ordens: afetivas, perdas biológicas em que ocorre diminuição da acuidade visual, diminuição de acuidade auditiva, suas relações sociais eventualmente diminuem, ele se aposenta ... Para uma sociedade com as características como a nossa, ele pode ser visto como menos produtivo e portanto, menos útil. Isso pode acarretar uma série de consequências, inclusive em relação à auto-estima. Então, há uma soma de fatores menos favoráveis. Esses fatores todos presentes podem contribuir para que essa condição de fragilidade se expresse, mas não que o envelhecimento como tal seja “sinônimo de”. Agora, a fragilidade pode estar presente em outras etapas da vida, principalmente se esses fatores de várias ordens forem muito acentuados. Imagine um indivíduo em uma sociedade onde as carências de ordem social, econômica, ambiental e política sejam extremamente acentuadas_ isso pode se revelar em uma fase precoce ou mais precoce do que aquela que nós consideramos que seja a velhice. No entanto, muitas perdas características do processo de envelhecimento obviamente favorecem; porém, não é em absoluto sinônimo e nem todos os adultos evoluirão para isso. Aliás, aqui no nosso ambulatório temos idosos aos 80 anos de idade com duas, três ou quatro doenças crônicas que, em absoluto, não se enquadram nessa situação de indivíduos fragilizados _ muito ao contrário! E eles têm 80, 85, 90 anos de idade.
- Eu acho que a relação entre fragilidade e envelhecimento é individual. É claro que se a gente for chamar de fragilidade os aspectos normais do envelhecimento como a deterioração muscular, a deterioração de ossos, problemas de diminuição de hormônios, enfim de diminuição do que a gente sabe que é normal, essa relação existe se a fragilidade significar isso. Agora, se a gente pensar em fragilidade como um preconceito ou em alguma coisa que a gente ache que porque é velho tem que ser frágil ou acho que não existe não. Muitos velhos são muito sábios e nos ensinam muito. Mesmo sentindo essa diminuição de

tônus, da saúde mesmo, não aparentam, não falam e têm uma outra atitude um outro comportamento. É falso que todo idoso é frágil.

- Eu conheço várias pessoas idosas com cerca de 87, 90 anos que são lúcidas, mas que estão muito fragilizadas por causa do ósteo-articular e têm dificuldade para andar, estão caindo, mas a mente está totalmente lúcida; então, o corpo não está acompanhando a mente. É um idoso frágil, mas de uma forma assim: limitado pelo sistema ósteo-articular, mas não pela mente, não pelo aspecto psíquico. A pessoa está consciente, sabe tudo o que acontece, mas tem dificuldade para se locomover. Física só e o emocional está estável. Então, isso vai ter que ser dividido: onde está o ponto crítico, onde está o ponto que possa desestruturar aparentemente alguém que estava bem, como esse exemplo do casal de japoneses que o marido não suporta a doença da esposa? Será que a gente conseguiria detectar isso antes para que isso não acontecesse? Como perceber onde tem esse ponto crítico que possa levá-lo a tomar uma atitude extrema como essa? Porque eu sei que tem um diferencial que é difícil de perceber em idosos, né? Eu não sei, mas só pode estar frágil porque ninguém que está forte tenta se matar, qualquer que seja a idade. Então, qual foi o ponto de desequilíbrio dessa pessoa, onde está, se é possível de ser detectado? Tem pessoas que vêm aqui e apesar de tomar medicamentos, estão em outra_ viajam, tem sua casinha, estão super bem e tem outros que estão mais ou menos, outros estão piores, uns têm mais apoio familiar, outros vivem sozinhos... Então como lidar com a solidão, como lidar com a própria família _ como a família encara esse idoso, se é com carinho, se não é ... a questão da rejeição ... Nós tivemos aqui um paciente rejeitado pela esposa: ele foi colocado num asilo ainda muito lúcido porque tinha Parkinson. Ela tinha condição de manter o paciente em casa porque tem dinheiro e ele não estava aceitando e estava muito triste por causa disso. Então depende de como a pessoa vai entender o que está acontecendo ao redor dela. Dependendo de como ela lidar com isso, ela se sai melhor ou não_ se ela for muito dependente de outro, com certeza ela se frustra mais porque o mundo é frustrante em todos os sentidos. Eu gosto muito de idosos e converso muito com as pessoas de idade. Até há pouco tempo, eu estive com uma professora de 87 anos que veio me mostrar, toda feliz, que a carta dela foi renovada, lúcida. Então, eu fico pensando: 87 anos, sabe tudo que está acontecendo, esclarecida, como pode? Ela tem alguns probleminhas de saúde, mas está tocando a vida, mas por que alguém com menos idade, às vezes, está tão doente, tão dependente prá tudo? O indivíduo tem que ser

persistente para conseguir alguma coisa e tem que perceber que ele vai ter que cuidar de si. Os pais têm que dar suporte, mas ele vai ter que cuidar da vida dele. Quem criar esse grau de independência não quer dizer que não ame os pais. Quem não conseguir cuidar de si mesmo pode ter esse tipo de problema e eu vejo que os idosos que chegaram melhor nessa idade são aqueles que conseguiram se cuidar e superar bem o que eles passaram na vida, como essa mulher de 87 anos _ ela perdeu praticamente todo mundo, a família dela inteira, perdeu pai, perdeu madrasta, perdeu irmãos, perdeu irmã, perdeu filho em um acidente grave, perdeu um sobrinho que ficou drogado quando perdeu os pais, perdeu os avós desde menina, uma história de vida muito triste ... O que aconteceu? Ela foi conseguindo ser forte para superar porque ela foi criada pelo pai dela assim: você tem que cuidar de você, tem que ter sua profissão e apesar dela ter esses vínculos com toda a família (ela sempre ajudou muito e sempre teve um vínculo bom com todos), ela foi superando tudo isso. Já pensou se a cada perda que ela tivesse, ela se afundasse? Ela não estava hoje aí. Eu acho que o indivíduo tem sim que se relacionar com a família, mas ele tem que cuidar também um pouco dele senão ele não suporta viver até essa idade. Se ele não criar alguns mecanismos pra se auto-cuidar, ele não suporta. Os idosos que eu vejo aqui são os mais dependentes, regredidos. Tem um aqui que virou filho da irmã: é a irmã que cuida, é a irmã que traz, é ela quem dá os remédios e o indivíduo está com a auto-estima muito baixa e muito infantilizado. Tem uns que vêm sozinhos _ outro dia tinha uma senhora aqui de quase 90 anos que veio aqui sozinha. Ela tem os filhos, visita os filhos, cuida da casinha dela e está lúcida. Esse idoso que consegue manter isso, que a cabeça é boa e o corpo ajuda tem uma vida muito melhor. Apesar de que ter alguma doença, tomar algum remédio, não impede ... Agora, aquele que fica dependente ou por causa do ósteo-articular, ou porque tem dor, porque não anda, porque está no leito, cria uma dependência maior e pode até se deprimir por isso. Se ele for lúcido e muito tranquilo, ele suporta também, mas se ele não tiver apoio familiar e for muito forte, ele vai definhando. Às vezes, ele não está tão mal e podia dar uma volta; a gente fala: vai no jardim, conversa com seus colegas, com os seus vizinhos, dá uma volta no quarteirão... Então, eu não sei se isso poderia ser considerado frágil_ também por não estar enxergando outras coisas, outras formas de se viver melhor, né? À medida que a pessoa tem mais cultura, tem mais interesse, às vezes, nem é cultura “título”, mas é vontade de conhecer. Se a pessoa encontrar até um hobby, ela pode viver melhor mesmo

com a idade. Muitos preferem ir para a igreja e fazem um trabalho comunitário e se sentem bem. E ela falou também que no Japão é assim: os idosos que têm trabalhos comunitários e que são melhores de saúde, vivem muito bem, passeiam e dão até assistência pra quem precisa. Eles têm a cabeça melhor e eu acredito que eles sejam menos frágeis, suportam mais as coisas e se sentem úteis. Aquele que se sente inútil, que a família não quer, que vai para a casa dos filhos, não tem dinheiro, vai se deprimindo e acho que fatalmente vai acabar até morrendo antes. Independente de quanto tempo tem pela frente _ porque ninguém sabe (se alguém falar que sabe, eu gostaria de dar os parabéns), ele não vê perspectiva de viver melhor até o fim, com mais qualidade de vida, sem hostilidade. Se a família é afetada, de algum modo ela acaba se defendendo, mas quem acaba passando o pior é a própria pessoa. A própria pessoa acaba estragando o que resta da vida dela que poderia ser melhor. Eu tenho paciente com mais de 90 anos que mora sozinha e que vem no consultório numa boa, que tem uma dor aqui, outra dor ali, mas que estão bem e cuidam da vidinha delas, os filhos visitam. Então, eu não posso dizer que essa pessoa é fraca, ela pode até morrer, cair dura ali, mas ela estava levando a vida dela, ela não estava entregue, ela não estava dependente dessa forma e eu não possa dizer que ela é frágil. Ela seria até um exemplo: com essa idade e está aí, né? Essa que as meninas se surpreenderam: mas ela vem sozinha no ambulatório e ela tem 90 anos e veio numa boa, entendeu? Eu não posso chamar essa mulher de frágil.

- Há uma relação sim. Tem certos momentos da vida que vêm com o envelhecimento em que o indivíduo se torna frágil, mas uma relação...Eu acho que um adulto, dificilmente ele vai ser um indivíduo frágil e mesmo apresentando a fragilidade, ele consegue fazer as coisas sozinho. A partir do momento que uma pessoa envelhece, ela tem todas as alterações fisiológicas da senilidade e uma vez que ela sempre foi uma pessoa frágil, ela acaba não conseguindo fazer as coisas mais sozinha. Antes, ele conseguia fazer porque ele tinha preservada todas as capacidades. Então, eu acho que a fragilidade vem com o envelhecimento. Muitos são frágeis durante toda a vida, mas eu acho que a incidência, em números, é muito maior entre os idosos.
- A relação que até a gente tenta desafiar, que os estudos tentam desafiar e que de uma forma consciente a gente tem sérias restrições a ela. É um desafio a gente fazer uma dissociação porque eu acho que é automático a gente pensar esses dois aspectos em conjunto. Mas os

conhecimentos atuais tentam desafiar, a nossa própria compreensão do conhecimento tenta desafiar... O que eu vejo como associação? É a associação dos eventos adversos, ou melhor, a junção, a confluência dos eventos adversos que a gente sabe que estão presentes na velhice que levariam a fazer essa associação. Então, na velhice a gente tem uma maior ocorrência das doenças crônicas degenerativas, das perdas, das mudanças de papéis. Mas na velhice, isso acaba confluindo mesmo, acaba formando um conjunto, muitas vezes bastante expressivo, que eu acho que leva a gente a associar o envelhecimento com a fragilidade: há maior possibilidade de doenças crônicas degenerativas, das demências, dos distúrbios demenciais em geral, dos quadros demenciais em geral, das incontinências, da própria fragilidade orgânica, mesmo quando não existem comorbidades associadas nos idosos de idade mais avançada, que são aquelas fragilidades orgânicas do envelhecimento normal e ainda as outras questões não orgânicas _ a fragilidade psicológica ligada às perdas, a fragilidade social, a auto-imagem também dependente da imagem social que a pessoa tem. Eu acho que isso acaba interferindo, em conjunto, na velhice, pelo menos com maior frequência e leva a gente a associar, a criar essa associação apesar de todos os estudos, de todas as tentativas da gente desmistificar essa associação.

- Eu acho que nem todos os ... a fragilidade, ela não é exclusiva do envelhecimento, do envelhecer. Eu acho que adultos também podem se tornar fragilizados. Eu não tenho um conceito muito claro sobre fragilidade até porque na literatura parece que ainda não existe um consenso sobre esse conceito, mas eu entendo que a fragilidade não é exclusiva do envelhecimento, ou melhor, da velhice. Eu acredito que adultos também podem mostrar-se fragilizados. Então, eu acho que é nesse aspecto que eu posso ter velhos não fragilizados como eu posso ter adultos fragilizados.
- É uma relação processual da seguinte maneira: por exemplo, você tem alguns aspectos e outro dia eu ouvi uma frase de uma pessoa que eu achei muito interessante _acho que foi até a Cora Coralina que falou. “Ah! Você tem oitenta anos” e aí ela falou “Eu tenho oitenta anos e eu reúno todas as idades”. Então, o que isso significa? Ao mesmo tempo que o envelhecimento é um processo, são etapas da vida e na vida toda nós temos fragilidades, em cada idade nós temos: uma criança tem uma fragilidade muito grande, um adolescente tem outro tipo de fragilidade, um adulto tem outro tipo de fragilidade, mas é claro que todas

essas etapas, em certa medida, se você tem um corpo saudável, em todas essas idades, você tem muitos recursos pra estar enfrentando. Agora, é claro que com o envelhecimento, você vai ter outras fragilidades, além de uma fragilidade física que pode ter algumas limitações que talvez outras idades não tragam, mas eu acho que é uma relação no envelhecimento com outros tipos de fragilidades um pouco diferentes ou talvez com mais ... eu não sei como expressar isso, mas eu acho que o envelhecimento traz uma fragilidade. Eu acho que você pode ter dificuldades para uma série de coisas que você tinha autonomia, hoje você terá que fazer diferente ... quer dizer, dá uma vulnerabilidade maior e acho que isso acaba se acentuando, muitas vezes, dependendo do tipo de contexto que você viva, no seu âmbito privado, no âmbito da sua vida e dependendo também da sociedade em que você vive. Então, as sociedades também acentuam a fragilidade; talvez em sociedades que não protejam tanto o idoso com as leis, com os direitos, elas também podem acentuar essa questão da fragilidade ou fazer essa ligação mais forte do envelhecimento com a fragilidade.

- Então, por exemplo, todos nós temos em casa uma pessoa envelhecendo_ ou pai, ou mãe, ou avô, ou tio, enfim, tem sempre um representante dessa população que está envelhecendo. Nós também estamos, mas estamos ainda em um outro degrau e se todos nós pudéssemos fazer essas observações minuciosas na sua própria casa, na nossa própria casa, eu acho que seria muito mais fácil de trabalhar com o idoso. Se todos nós, independente de sermos profissionais que trabalham com saúde ou não, indiretamente lidam com as pessoas, seria muito importante. Agora, voltando ao tema ... eu não quero fugir da pergunta, do tema ... do envelhecimento e da fragilidade. Na minha opinião, acredito que baseado na experiência que cada indivíduo traz, na sua própria história, combinado com a sua personalidade, com o seu caráter, com a sua maneira de lidar com os problemas da vida, essa pessoa vai adquirindo ou não recursos internos que são os ... como posso comparar aqui? São os ... o maior requisito que a pessoa tem para lidar com problemas, para não lhe permitir entrar em uma situação de grande fragilidade. Então, toda a vivência que a pessoa tem, desde o momento que nasce até os seus dias atuais, ela vem acumulando nessa pessoa uma série de experiências que vão poder proporcionar uma bagagem de recursos maior. A meu ver, é assim que funciona e muitas vezes, a pessoa não tem condições de juntar bagagens de recursos nesse desenrolar da sua vida e eu acredito que seja esse ou essa a

maior ligação com o indivíduo idoso frágil, tá? Porque eu conheço alguns idosos, não conheço muitos, com muitas comorbidades e eu não os considero frágeis e conheço alguns que não têm comorbidades e são frágeis. Então, eu acredito que o componente dos recursos internos é o que mais salta aos olhos quando você vai relacionar o envelhecimento e fragilidade.

* * *

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 (Respostas: 2, 3, 4, 5, 7, 8 e 12).

IDÉIA CENTRAL: A associação entre fragilidade e envelhecimento aumenta com o avanço da idade, mas há exceções.

A gente percebe a fragilidade mais em pessoas com idade avançada e a grande maioria está relacionada como o envelhecimento sim. Quanto mais velho você vai ficando, mais frágil, mais susceptível ... Muitos são frágeis durante toda a vida, mas a incidência, em números, é muito maior entre os idosos. Porém, nem todo idoso é frágil e depende do estilo de vida que a pessoa teve. A idade corte para idoso é 60 anos e há idosos de 60 e poucos anos que são atletas, que não tem patologia nenhuma, estão bem e não tomam medicação. O componente dos recursos internos é o que mais salta aos olhos quando você vai relacionar envelhecimento e fragilidade. Nesse ambulatório, temos idosos de 80 anos com duas, três ou quatro doenças crônicas que, em absoluto, não se enquadram nessa situação de indivíduos fragilizados e eles têm 80, 85, 90 anos de idade. Eu tenho uma paciente com mais de 90 anos que mora sozinha e que vem ao consultório numa boa. Eu não posso chamar essa mulher de frágil!

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 (Respostas: 5 e 11).

IDÉIA CENTRAL: Condições sociais desfavoráveis podem acentuar a fragilidade em idosos.

O envelhecimento não é, em absoluto, sinônimo de fragilidade. Nessa fase, o número de perdas é maior do que em outras fases da vida e para uma sociedade com as características como a

nossa, o idoso pode ser visto como menos produtivo, portanto, menos útil. Isso pode acarretar uma série de consequências, inclusive em relação à auto-estima. A soma de fatores menos favoráveis causa maior vulnerabilidade e acho que isso acaba se acentuando, muitas vezes, dependendo do contexto no seu âmbito privado e dependendo também da sociedade em que você vive. As sociedades também acentuam a fragilidade. Sociedades que não protegem tanto o idoso com leis e direitos podem acentuar a fragilidade ou fazer a ligação do envelhecimento com a fragilidade tornar-se mais forte.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3 (Resposta: 9).

IDÉIA CENTRAL: Dissociar fragilidade de envelhecimento é um desafio para os profissionais de saúde.

Fazer uma dissociação entre envelhecimento e fragilidade é um desafio porque é automático pensar esses dois aspectos em conjunto. Na velhice, há maior ocorrência de doenças crônicas degenerativas, de perdas, de mudanças de papéis e isso acaba formando um conjunto, muitas vezes, bastante expressivo, que nos leva a associar o envelhecimento com a fragilidade. Há maior possibilidade de demências, de incontinências e da própria fragilidade orgânica, mesmo quando não existem comorbidades nos idosos de idade mais avançada. Há também outras questões não orgânicas _ a fragilidade psicológica ligada às perdas, a fragilidade social, a auto-imagem também dependente da imagem social que a pessoa tem ... Apesar de todos os estudos e de todas as tentativas de desmistificar essa associação, isso acaba interferindo, em conjunto, na velhice, pelo menos com maior frequência e nos leva a criar tal associação.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 4 (Respostas: 10 e 11).

IDÉIA CENTRAL: A fragilidade é uma condição que pode estar presente em qualquer fase da vida e não somente na velhice.

A fragilidade não é exclusiva do envelhecimento, ou melhor, da velhice. Adultos podem mostrar-se fragilizados e posso ter velhos não fragilizados e adultos fragilizados. Outro dia, eu ouvi uma

frase muito interessante _ “Eu tenho oitenta anos e reúno todas as idades”. Isso significa que o envelhecimento é um processo, são etapas da vida e na vida toda nós temos fragilidades. Uma criança tem uma fragilidade muito grande, um adolescente tem outro tipo de fragilidade, um adulto tem outro, mas é claro que se você tem um corpo saudável, em todas essas idades, você tem muitos recursos para estar enfrentando. Com o envelhecimento, você vai ter outras fragilidades, além da fragilidade física que talvez, outras idades não tragam. O envelhecimento traz uma fragilidade: há dificuldades para uma série de coisas que você tinha autonomia e hoje você terá que fazer diferente.

Questão 5. Há uma relação entre doença e fragilidade? Se há, como você estabeleceria essa relação?

- Sim, eu acho que tem relação porque a gente tem na velhice a maioria das doenças crônicas. Eu vejo o seguinte: na velhice, as doenças são, em sua maioria, crônicas não transmissíveis e são doenças que levam ao comprometimento funcional, ou seja, que levam à maior dependência nas atividades diárias, o que já denota uma fragilidade _ o fato de ser dependente. Então, por outro lado, um idoso pode ter uma doença crônica, mas que seja bem compensada como diabetes, hipertensão e ser uma pessoa ativa, que faz exercício físico e que se intera socialmente e então é uma pessoa que vai envelhecer mesmo “controlado” e ele pode não apresentar essa fragilidade. Agora, a presença de múltiplas doenças que não são controladas ou eventos de saúde mesmo mais agravantes, um episódio de AVC, por exemplo, vai levar a essa fragilidade no idoso. E eu vejo assim: a fragilidade não é algo permanente e pode diminuir e ele recuperar, eu não digo a sua saúde, mas a independência e se equilibrar novamente e ter episódios novos. Só o fato de ter múltiplas doenças não significa ser idoso frágil. Eu acho que a variação com respeito à fragilidade e saúde é bem maior do que só a doença.
- Se a fragilidade tem a ver com a doença? Sim, eu acho que quando você adquire uma doença você fica mais frágil. Eu acho que qualquer um de nós, mas acho que o idoso sofre mais. Eu observei muito isso porque eu fiz especialização em ortopedia: principalmente quando eles sofriam alguma queda, eles ficavam muito tempo na enfermaria esperando uma cirurgia, eles acabavam falecendo porque ficavam mais frágeis por causa de ficarem acamados _ não pela própria doença ou pela própria velhice, também por causa da velhice, mas mais por ficar acamado. Então, a gente percebia muito isso: talvez aquele monte de doenças que ele tinha e estavam todas controladas, acabavam se descontrolando num episódio desse e leva à morte mesmo. Eu tive um paciente que infelizmente ele morreu devido a ficar acamado e não por doenças de velhinhos, de idosos. Então, eu acho que nem sempre, mas eu acho que a doença incapacita bastante e fragiliza bastante o idoso.
- Não, eu já tive pacientes sem nenhuma doença que apresentavam fragilidade, perda de peso, uma falta de força muscular ... que apresentavam uma certa fragilidade. A relação não

acontece sempre. É claro que a grande maioria a gente encontra em pessoas doentes, mas isso não é uma regra. Existem as exceções.

- Eu vejo a associação de doenças com a idade mais avançada, aí sim. O idoso frágil estaria com várias comorbidades e com idade avançada. O doente idoso não necessariamente seria frágil porque a gente sabe que hoje em dia a idade corte para idoso é 60 anos e a gente tem idosos de 60 e poucos anos que são atletas, que não tem patologia nenhuma, estão bem e não tomam medicação.
- Se você tem um maior número de enfermidades crônicas instaladas, a chance ou a possibilidade da condição de fragilidade é maior. Mas também isso não me parece que seja sinônimo. O idoso frágil provavelmente teria um maior número de enfermidades crônicas ou maior número de complicações, menor controle, uma qualidade de seguimento menor, uma condição de controle mais comprometida, mas não necessariamente são sinônimos. Temos idosos com uma associação de doenças crônicas que não estão nessa condição de fragilidade.
- Eu acho que depende. Acho que essa relação é muito individual. Acho que depende do comportamento e da atitude perante a vida de cada um, como foi essa atitude e esse comportamento. Tem pessoas que passam por situações difíceis e a gente sabe que saem ilesas e até ganham com isso, como também tem pessoas que apresentam sérias doenças e elas mesmas se auto-agredem_ uma auto-agressão inconsciente. É falso que todo idoso é frágil.
- Acho que existe uma relação bem forte entre a relação de uma doença ou de uma doença crônica-degenerativa com a fragilidade porque a doença crônica, mesmo que controlada, ela vai trazendo incapacidade, dependência e isso torna o indivíduo mais frágil. Ele deixa de fazer muitas atividades que ele fazia, por exemplo: um AVC, um idoso que teve derrame fica hemiplégico e ele acaba se tornando mais frágil. Então, eu acho que com a instalação de doenças, com a progressão dessas doenças crônico-degenerativas, o idoso acaba se tornando mais frágil, ou seja, ele não tem somente o processo de envelhecimento normal, mas o processo patológico acaba causando uma maior fragilidade.

- Eu acho que eu tenho alguma coisa a complementar porque exceto nos idosos muito idosos nos quais a fragilidade decorre mesmo do processo de senescência, do envelhecimento, pelo menos da forma como eu entendo a fragilidade, essa maior chance de eventos adversos que levem à morte, no idoso mais jovem, eu vejo que ela é bastante associada às doenças. Já no idoso mais idoso, com seus 80, 90 anos, a fragilidade já emerge de uma forma menos associada às doenças no meu ponto de vista. É isso.
- Eu acho que sim porque eu vejo a fragilidade como essa vulnerabilidade da pessoa às doenças, às complicações, a uma piora do estado em que ela se encontra e prá que ela esteja vulnerável, ela precisa ter alguma alteração física ou alguma alteração orgânica ou alguma alteração emocional e essa alteração ... é difícil ver uma alteração que não esteja relacionada a uma doença. Eu entendo que para que uma pessoa seja frágil ela teria algum quadro ... alguma afecção ou algum desequilíbrio, alguma coisa nesse sentido. Alguma doença sim. Eu não estou muito segura não.
- Olha, a gente vê aqui no dia a dia, no cotidiano do hospital que existe, principalmente nesse hospital. Trabalhar em geriatria aqui é um trabalho amplo, novo e que não significa que aqui estejam sendo tratados só quem tem alta complexidade_ não. É um trabalho novo que está tratando o idoso na geriatria e não as altas complexidades como é o objetivo do hospital. Por que eu fiz essa ligação? Porque você tem, por exemplo, pacientes (eu não gosto muito do termo, mas são usuários, beneficiários do sistema), que devido à complexidade das doenças, muitas vezes, você tem uma fragilidade mais forte, até porque são doenças muitas vezes muito mais limitantes, mais incapacitantes, diferentemente, por exemplo, de um centro de saúde onde a pessoa vai tomar uma vacina. A doença sempre traz uma certa fragilidade, o organismo está mais frágil, principalmente ao nível de doença. No nível da prevenção, que é o atendimento da rede primária eu acho que você sente menos, mas eu acho que sempre traz um aspecto da fragilidade até também ligando com essa questão do cuidado_ como eu vou ser cuidada, eu vou conseguir entrar no sistema de saúde? Então, eu acho que a palavra doença e fragilidade tem também esse aspecto mais amplo, principalmente em um país como o nosso em que muita gente não consegue entrar no serviço de saúde. Você se sente doente e está, de certa maneira desprotegido. Eu doente vou precisar de um recurso e será que eu vou ter a garantia disso? Essa incerteza provoca

também uma certa fragilidade. Aqui no hospital, eu não vou dizer de uma forma geral, mas em muitas especialidades, existe uma fragilidade maior_ as doenças em que muitas vezes você está entre a vida e a morte. Então, a doença sempre traz fragilidade porque é um estado em que você está precisando de ajuda. Eu acho que essa fragilidade aumenta dependendo tanto da esfera mais ampla, coletiva que tem essa questão da proteção do sistema, quanto da esfera privada, como eu vou ser cuidado, como eu vou ser acolhido, se eu tenho retaguarda. Eu vejo dessa forma também.

- Saber que se está doente não é uma coisa agradável para ninguém. Talvez para a criança que não entende, não faça tanta diferença. Ela só vai se incomodar com o desconforto que ela está sentindo; mas a partir do momento que se é adulto e se tem consciência de gravidades de doenças que possam existir e como aquilo pode agir dentro de você, o estar doente e no caso para o idoso, onde existem doenças degenerativas que vem vindo com o tempo e se a pessoa não se cuida de determinadas maneira, ela vai ser mais propensa a ter aquelas doenças degenerativas ... Acredito eu que seja um aspecto relacionado à forma de entender como você vai responder quando você, uma pessoa idosa sabe que está doente_ qual é o tipo de doença, o que essa doença vai repercutir em você, no seu dia a dia, enfim, existem pessoas e pessoas. Existem pessoas que sempre foram extremamente saudáveis e que uma doença nessas pessoas pode ser mortal. O fato de saber que ela está doente pode ser a gota d'água que faltava e para outras pessoas que não se sentem super homens, nem super mulheres, podem conseguir lidar com esse processo de envelhecimento que em conjunto vem aí, “de sombra”, algumas comorbidades, ela pode lidar razoavelmente bem, razoavelmente porque eu acredito que ninguém lide bem com doença, ninguém. Mas que ela consiga ser um pouco mais flexível em relação às suas emoções que estão voltadas ao aspecto de estar doente. Em relação à doença, eu também acredito que o aspecto de recurso interno também seja aquele que salta aos olhos para determinar ou digamos, relacionar fragilidade à doença.
- Os idosos que eu vejo aqui são os mais dependentes, regredidos. Tem um aqui que virou filho da irmã: é a irmã que cuida, é a irmã que traz, é ela quem dá os remédios e o indivíduo está com a auto-estima muito baixa e muito infantilizado. Tem uns que vêm sozinhos _ outro dia tinha uma senhora aqui de quase 90 anos que veio aqui sozinha. Ela tem os filhos,

visita os filhos, cuida da casinha dela e está lúcida. Esse idosos que consegue manter isso, que a cabeça é boa e o corpo ajuda tem uma vida muito melhor. Apesar de que ter alguma doença, tomar algum remédio, não impede ... Agora, aquele que fica dependente ou por causa do ósteo-articular, ou porque tem dor, porque não anda, porque está no leito, cria uma dependência maior e pode até se deprimir por isso. Se ele for lúcido e muito tranqüilo, ele suporta também, mas se ele não tiver apoio familiar e for muito forte, ele vai definhando.

* * *

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 (Respostas: 4, 7 e 9).

IDÉIA CENTRAL: A relação entre fragilidade e doença torna-se mais forte em idosos mais velhos.

Eu não estou muito segura, mas para que ela esteja vulnerável, há alguma alteração orgânica ou alguma alteração emocional e é difícil ver uma alteração que não esteja relacionada à doença. Vejo a associação de doenças com a idade mais avançada_ o idoso frágil estaria com várias comorbidades e com idade avançada. Existe uma relação bem forte entre uma doença crônico-degenerativa e a fragilidade porque com a progressão dessas doenças, o idoso acaba se tornando mais frágil. Ele não tem somente o processo de envelhecimento normal, mas o processo patológico e deixa de fazer muitas atividades que antes fazia. Um idoso que teve um AVC, por exemplo, fica hemiplégico e acaba se tornando mais frágil. A doença incapacita e fragiliza bastante o idoso.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 (Resposta: 8).

IDÉIA CENTRAL: A relação entre fragilidade e doença é mais forte em idosos mais jovens.

No idoso mais jovem, a maior chance de eventos adversos que levem à morte é bastante associada às doenças, mas nos idosos muito idosos (80, 90 anos), a fragilidade decorre mesmo

do processo de senescência, do envelhecimento, e emerge de uma forma menos associada às doenças.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3 (Respostas: 2 e 10).

IDÉIA CENTRAL: A relação entre fragilidade no idoso e doença é intermediada pelo serviço de atendimento à saúde.

As palavras doença e fragilidade têm aspecto mais amplo, principalmente em um país como o nosso, onde muita gente não consegue entrar no serviço de saúde. Você se sente doente e está, de certa maneira, desprotegido. Essa incerteza provoca também uma certa fragilidade. Aqui no hospital, existe uma fragilidade maior em muitas especialidades: são as doenças em que, muitas vezes, você está entre a vida e a morte. A doença sempre traz fragilidade porque é um estado em que você está precisando de ajuda, mas essa fragilidade aumenta, dependendo da proteção do sistema e da esfera privada _ “como eu vou ser cuidado, como eu vou ser acolhido, se eu tenho retaguarda”. Quando um idoso sofre uma queda e fica muito tempo na enfermaria esperando pela cirurgia, por exemplo, ele fica mais frágil por estar acamado e acaba falecendo, não pela doença ou pela velhice, mas por ter ficado acamado. Talvez as doenças que ele tinha e estavam controladas, se descontrolam num episódio desse e leva à morte.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 4 (Respostas: 1, 3, 5 e 6).

IDÉIA CENTRAL: A relação entre fragilidade no idoso e doença é individual e depende da atitude pessoal perante a vida.

Na velhice, as doenças são, em sua maioria, crônicas não transmissíveis e levam ao comprometimento funcional e à maior dependência nas atividades diárias, o que já denota uma fragilidade _ ser dependente. Se você tem um maior número de enfermidades crônicas instaladas, a possibilidade da condição de fragilidade é maior e pode haver maior número de complicações e uma condição de controle mais comprometida. Mas essa relação não acontece sempre _ há idosos com uma associação de doenças crônicas que não estão nessa condição de

fragilidade. Diabetes e hipertensão bem controlados em uma pessoa ativa que faz exercício físico e que tem interação social pode significar que ela vai envelhecer e não apresentar essa fragilidade. Essa relação é muito individual e depende da atitude perante a vida de cada um. Só o fato de ter múltiplas doenças não significa ser idoso frágil, pois a variação com respeito à fragilidade e saúde é bem maior do que somente a doença. Alguns passam por situações difíceis e ganham com isso, mas outros apresentam sérias doenças e se auto-agridem. Acredito que o aspecto de recurso interno seja aquele que salta aos olhos para relacionar fragilidade à doença. A fragilidade não é algo permanente e o idoso pode se equilibrar novamente e ter episódios novos.

Questão 6. Quais são as conseqüências da fragilidade na vida de um idoso?

- As conseqüências eu também vejo de diversas naturezas:
 - 1) Conseqüências de natureza física _ o indivíduo que tem a sua saúde comprometida demonstrando fragilidade, ele é um candidato ... ele apresenta fatores de risco maiores para o aparecimento de outros agravos de saúde, fica mais exposto às condições agressivas, tem menor reserva para responder aos agentes agressores estando nesse estado de fragilidade.
 - 2) De natureza social também _ acredito que as conseqüências são as mudanças que ele tem que fazer na vida. Então, o indivíduo que não tem recursos sociais para se manter e vai para uma instituição, ele se expõe num momento de fragilidade dele estando na instituição. A gente vê a literatura apontando mesmo que considera sempre os idosos que estão residindo em instituição de longa permanência como idosos mais fragilizados ... a literatura sempre diz isso. Então, por aí a gente já vê, não somente no sentido de serem mais comprometidos funcionalmente, mas de natureza social também, quer dizer, abandono, ser solitário, não ter quem cuide. Então, a gente vê esse aspecto social bem forte também dessa fragilidade e é uma conseqüência.
 - 3) E a conseqüência também psicológica no sentido de surgimento de depressão, de sintomas depressivos, como conseqüência dessa fragilidade.

Eu acho que é um conjunto de situações. Não dá prá gente dizer que seria só uma questão pontual que a gente pode contar considerando como fator desencadeante ou que leva à fragilidade ou que está numa situação de ser um idoso frágil. Na minha ótica e pelo que eu observo dos idosos que a gente atende, a gente consegue distinguir essas diferenças de fragilidade _ o idoso exposto à negligência, exposto a maus tratos, é uma situação de fragilidade também, não é? Então a fragilidade pode não estar vinculada somente à questão da saúde, às doenças, mas à questão social, à questão desses maus tratos em que ele também está vulnerável, como a gente costuma falar agora na vulnerabilidade.

- A queda, o vir a ficar acamado e eu acho também que o fator da alimentação tem muito a ver. Eu acho que a queda principalmente e adquirir novas doenças por estar acamado, por exemplo.
- A gente pode pensar até em uma limitação de atividade social, de atividades de vida diária e até conseqüentemente, uma predisposição maior às doenças e à morte, um aumento de morbidade e conseqüente mortalidade.
- O idoso frágil tem muito mais risco de ter efeitos adversos mais severos, de ser hospitalizado ou de falecer mais facilmente do que o outro não frágil. Ele mereceria esse tipo de atenção especializada à saúde sob o ponto de vista profissional, gerontólogos e tal.
- Seguramente, a qualidade de vida desse indivíduo está muito comprometida. Eu diria que esse indivíduo vive o processo de envelhecimento não como um ganho, mas como uma condenação. Eu colocaria que a primeira repercussão disso é de ordem social, sócio-econômica, psicológica e finalmente de ordem biológica, embora há muitos pesquisadores que apresentariam o inverso daquilo que eu estaria colocando; mas, a meu ver, a sequência seria essa.
- A gente no Brasil vive numa sociedade onde se prezam certos consumos e certas tendências globalizadas que o idoso frágil sempre vai perdendo muito. Tanto é que a gente vê pessoas idosas querendo se comportar como meninas, sem saber direito o que estão fazendo e perdidas diante disso tudo. Eu acho que há outras conseqüências dessa fragilidade: a visão do trabalho produtivo com a inserção na sociedade: a aposentadoria vai ter um peso muito grande e está aí mais uma fragilidade. A visão de que quem fica velho não sabe nada, não entende nada e só dá trabalho e que realmente a fragilidade dele vai ser um peso para a família, um peso para os filhos. Eu acho que nesse sentido sim, mas eu acho que tem muito mais preconceito de estereótipo do que de verdade nessas circunstâncias. É mais social do que individual. Não que não tenha idosos que apresentam fragilidade, mas a auto-imagem do idoso é muito melhor do que a gente vê. Eles se vêem bem melhor e muitas vezes, a gente é que tem essa visão de fragilidade, de que ele não agüenta, de que ele não dá mais conta de fazer mais nada, mas eles se acham ótimos. Inclusive, uma das perguntas que eu faço no meu trabalho é “o que significa envelhecer prá você” porque a gente vai fazer um

trabalho um pouquinho em cima da representação social do envelhecimento e a maioria deles fala que ainda não sentiu isso, embora tenha 70, 70 e poucos anos... “isso ainda não me atingiu”.

- Ser muito frágil é viver mal de alguma forma, viver mal ou no dia-a-dia ou com a saúde, com as pessoas ... é estar exposto à mais situações ruins. Ser frágil por osteoporose pode cair e quebrar, fraturar uma perna, um braço, etc. Ser frágil no psicológico, por exemplo, é ficar sem querer conversar com a família, ficar lá emburrado, não querer comer ... Eu não sei se eu posso considerar isso frágil, ele não quer ter uma vida normal, não se dá bem com as pessoas, fica lá isolado. Então, eu não sei se fragilidade, a gente pode considerar em uma situação em que existe um agravamento da condição de saúde ou da qualidade de vida até da pessoa na relação interpessoal, no cuidado consigo mesma e em outras atividades que ele poderia ter e não tem.

- Eu acho que como consequência da fragilidade, pode ter uma pior qualidade de vida. Se não acompanhada, a fragilidade pode trazer uma queda na qualidade de vida, na satisfação de viver, maior número de hospitalizações, maior índice de depressão e até antecipar o evento morte. Todos esses fatores seriam consequências da fragilidade. Eu falo muito das consequências da fragilidade em idosos porque eu sempre vejo isso na minha prática. Eu trabalho na enfermagem de gastro e tem muitos idosos. A gente vê na nossa frente o idoso entrar em delírio e acabar sendo restrito no leito, acaba indo para a casa em estado confusional pelo despreparo dos profissionais. A minha dissertação de mestrado foi sobre a avaliação funcional do idoso hospitalizado. Eu acompanhei especificamente idosos hospitalizados e como eles iam evoluindo nessa parte funcional, nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais. O que eu vi foi que durante a hospitalização, eles têm um declínio importante dessa capacidade funcional e em casa, alguns têm uma melhora nessa parte, mas alguns não. Ele perdeu durante a hospitalização e não retomou depois e eu acho que muito disso se dá pela falta de preparo dos profissionais que lidam com ele, tanto enfermagem, como da equipe multidisciplinar que existe na enfermagem, que não é o caso por exemplo da “gastro”. Então, a gente acaba vendo na nossa prática, muitas vezes, esses sinais de fragilidade que acabam sendo ignorados . Muitas vezes nós vemos aquele idoso sozinho, dependente, precisa de alguém, precisa de um cuidado maior, mas isso é

completamente ignorado e fica a questão, “ah, é um câncer e tem que operar ou é da idade” e aí vêm as consequências para o idoso e ele se torna dependente e frágil para o resto da vida. Muitas vezes, não é dada a importância necessária para isso.

- Dependência provavelmente e a probabilidade maior de morte.
- Eu acho que são bem graves pela própria condição em que a pessoa se encontra. Se ela tem uma rede de suporte que possa auxiliá-la nesse estado em que ela se encontra, eu acredito que as consequências, elas não são tão graves; mas, uma fragilidade, um estado de fragilidade em uma pessoa que não tem, que não pode contar com essa rede de suporte, eu vejo isso com muita preocupação porque como eu disse, essas pessoas estão vulneráveis a outros problemas que se não forem cuidados, não forem atendidos, isso predispõe a problemas subsequentes. Enfim, ela estaria predisposta a muito mais problemas e complicações do que aquela que poderia atender essas dificuldades que ela poderia estar enfrentando. É bastante preocupante.
- Olha, eu só completaria talvez as consequências no idoso sobre essa questão do sentimento mais profundo do idoso que está consciente, em certa medida autônomo, mas que vai recebendo alguns limites que vão sendo colocados, por exemplo, pelas próprias limitações do seu corpo, ele enxerga menos, embora ele faça cirurgia; ele ouve menos, embora ele possa colocar aparelho; ele tem mais dificuldade para mastigar, então ele tem mais dificuldade para ter autonomia para fazer as coisas, mas por outro lado ele tem uma série de coisas, mas sempre esse grau que cria um pouco de uma certa dependência do outro, eu acho que são consequências da idade. Agora, eu ainda afirmo que se você tem políticas sociais que garantam uma série de questões ... por exemplo, uma amiga contava que no Canadá, a mãe dela estava idosa e foi morar num prédio em que ela ligava o fogão e dali a um tempo, o fogão desligava sozinho; ela passava roupa e o ferro daqui a pouco desligava. Quando ela acentuou mais o quadro em termos de autonomia, ela foi para uma clínica e andava, mas só que ela monitorada por uma pulseirinha. Então, ela não ficava presa e eu vou dizer uma situação muito específica no que eu senti sobre a fragilidade até por uma questão pessoal que eu passei recentemente que foi com a perda da minha mãe, que eu acompanhei muito de perto. Por exemplo, a própria fragilidade de um idoso ou de uma pessoa e não só do idoso que está em uma situação que talvez ela não consegue falar, ela

não consegue se comunicar e que muitas vezes, ela está tendo socorro, ela está numa UTI , mas quanta coisa que é o simples gesto de molhar um pouco o algodão na boca que o oxigênio necessário, mas ao mesmo tempo esse oxigênio fica ali e também resseca muito. Então, essa sensibilidade que você tem que ter para tratar o idoso para não fragilizá-lo ainda mais. Então, eu acho que a equipe de saúde, a equipe que trabalha em geriatria tem que estar muito atenta a esses aspectos que são muito pequenos ... é essa coisa de perceber aquele ser na sua integridade. Interrupção Eu senti até na forma das pessoas da equipe se dirigirem mesmo, há uma certa inadequação; por exemplo, você chega e fala: “Oh vovó...” Então, eu acho que essa concepção tem que mudar. A fragilidade também é dada pelos outros que se relacionam com essa pessoa. Ela é muita dada pelas outras pessoas e as outras pessoas também colocam muita fragilidade porque muitas vezes, o idoso tem capacidade. Por exemplo, minha mãe, quando eu ia ajudar ela a se levantar, ela falava: “pode deixar que eu levanto” e levantava. “Pode deixar que eu tomo banho sozinha” e eu ficava monitorando e ela tinha 94 anos e meio. Então, você fala 94 anos e meio, mas ela estava completamente lúcida. Ela acompanhava tudo, ela lia o jornal de cabo a rabo. Ela tinha uma vista que estava completamente comprometida por catarata e ela sabia o que o Serra estava fazendo, o que o Lula estava fazendo ... E eu nunca cerceei _ e eu vivi duas situações: uma como profissional e uma como cuidadora envolvida emocionalmente. A minha mãe quis viver a vida toda dela em uma casa com uma escada imensa e ela subiu e desceu essa escada até a véspera dela ir para o hospital, até no dia em que ela foi para o hospital ela fez isso. E viveu os 94 anos assim: cuidando do cachorro, cuidando da casa onde ela morou. Então, essa fragilidade também tem o aspecto da forma como nós que não somos idosos lidamos com ela e nos relacionamos com a pessoa. Nós também incapacitamos muito as pessoas e eu acho que é isso que as pessoas têm que perceber. E a incapacidade não é só uma coisa que o idoso sente internamente como limites. Os limites vão se colocando, as barreiras para certas coisas, até de disposição, de vontade, de capacidade mesmo dele conseguir fazer e não só isso que ele sente, mas o tanto que a rede de relacionamento desse idoso também o coloca numa condição, ela acentua esse tipo de coisa. Então, você tem que saber como você monitora, como você dá o apoio, até que ponto vai a autonomia. A minha mãe lidou com dinheiro até o final de 2004. Como ela veio de uma geração diferente da nossa, ela achava que tinha que ter sempre uma grande quantia na bolsa e a grande quantia para ela era a

aposentadoria como professora, mas já tinha coisas que eu falava_ “olha não está dando certo porque a senhora não está controlando, está tendo muito gasto, além de uma quantia que uma pessoa passaria uma semana perfeitamente”. Ela teve essa autonomia até quando ela teve condições e até além dela ter algumas condições e isso prá ela era fundamental. Eu acho que essa questão da fragilidade tem muitos aspectos e muitas dimensões: social, da própria pessoa, da rede de relacionamentos mais íntima, maior que lidam com essa questão e há muito despreparo ainda.

* * *

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 (Resposta: 1)

IDÉIA CENTRAL: As conseqüências da fragilidade na vida do idoso envolvem as áreas física, psicológica e social.

Não dá para a gente dizer que seria só uma questão pontual. Pelo que eu observo dos idosos, as conseqüências da fragilidade são de diversas naturezas:

- *Física*

O indivíduo apresenta fatores de risco maiores para o aparecimento de outros agravos de saúde, fica mais exposto às condições agressivas e tem menor reserva para responder aos agentes agressores. Há maior risco de ter efeitos adversos mais severos, de ser hospitalizado ou de falecer mais facilmente do que o outro não frágil. A queda, o vir a ficar acamado e o fator da alimentação têm muito a ver.

- *Social*

O indivíduo que vai para uma instituição expõe-se, num momento de fragilidade, não somente no sentido de ser mais comprometido funcionalmente, mas de natureza social também como o abandono, a solidão.

- *Psicológica*

Surgimento de depressão, de sintomas depressivos.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 (Respostas: 5, 7, 8, 10 e 11).

IDÉIA CENTRAL: Se não acompanhada, a fragilidade pode trazer uma queda na qualidade de vida do idoso.

Seguramente, a qualidade de vida desse indivíduo fica muito comprometida. Eu colocaria que a primeira repercussão disso é de ordem social, sócio-econômica, psicológica e finalmente de ordem biológica, embora há muitos pesquisadores que apresentariam o inverso; mas, a meu ver, a sequência seria essa. Ser muito frágil é viver mal de alguma forma. Um estado de fragilidade em uma pessoa que não pode contar com uma rede de suporte é bastante preocupante porque essas pessoas estão vulneráveis a outros problemas que se não forem cuidados vão predispor a problemas subseqüentes. Se não acompanhada, a fragilidade pode trazer uma queda na qualidade de vida, na satisfação de viver, maior número de hospitalizações, maior índice de depressão e até antecipar o evento morte. Todos esses fatores seriam conseqüências da fragilidade. A gente acaba vendo na prática, muitas vezes, que esses sinais de fragilidade acabam sendo ignorados. Há ainda muito despreparo.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3 (Respostas: 1, 6, 8 e 11).

IDÉIA CENTRAL: A fragilidade pode ser mais social do que individual_ a sociedade fragiliza o idoso.

Essa questão da fragilidade tem muitos aspectos e muitas dimensões e há a forma como nos relacionamos com essa pessoa. Nós incapacitamos muito as pessoas e a incapacidade não é só uma coisa que o idoso sente internamente como limite, mas se refere também à visão de que quem fica velho não sabe nada, não entende nada, só dá trabalho e vai ser um peso para a família, um peso para os filhos. Essa fragilidade tem muito mais preconceito de estereótipo e é mais social do que individual. Não que não tenha idosos que apresentam fragilidade, mas eles se acham ótimos e muitas vezes, a gente é que tem essa visão de fragilidade, de que ele não dá

conta de fazer mais nada. Portanto, a fragilidade pode não estar vinculada somente à questão da saúde, mas à questão social, à questão de maus tratos que torna o idoso vulnerável. Muitas vezes, vemos aquele idoso sozinho, dependente, que precisa de um cuidado maior, mas isso é completamente ignorado. Fica a questão: “ah, é um câncer e tem que operar ou é da idade” e aí vêm as consequências para o idoso _ ele se torna dependente e frágil para o resto da vida. Muitas vezes, não é dada a importância necessária quando ele mereceria um tipo de atenção especializada à saúde sob o ponto de vista profissional, gerontólogos e tal.

Questão 7. Quais são os critérios que devemos adotar para indicar que um idoso está frágil?

- Eu não sei se dá para a gente chamar como critérios mesmo, mas eu penso que numa avaliação geriátrica, geronto-geriátrica eu posso chamar, que a gente utiliza, que a gente aplica, utilizar pontos que podiam nortear para mostrar essa fragilidade. Então, a obtenção de dados suficientes que nos mostre situações em que ele apresenta essa maior vulnerabilidade, maior risco de se expor a agravos, não somente agravos físicos, mas agravos sociais e agravos emocionais também. Eu acho assim: o que a gente tem visto na prática, que a gente tem visto no dia a dia é que há alguns critérios, por exemplo, como o de funcionalidade que são amplamente utilizados _ ser dependente nas atividades básicas ou instrumentais, essa dependência conta para uma fragilidade? Talvez. Eu não sei se seria exatamente isso, também isso não está muito claro. O estado conjugal dele, a viuvez há quanto tempo, por exemplo, perder pessoas queridas também nos aponta para estar com maior risco de apresentar essa fragilidade? Ele ter sido institucionalizado há pouco tempo, por exemplo, estar apresentando sintomas depressivos _ esses são testes que são passíveis de serem aplicados e que podem nos apontar. Eu acho que não deixa clara a situação da fragilidade, mas pode nos apontar. O que? Que devemos estar mais atentos, que são pacientes idosos que estão mais expostos a riscos que podem levar a essa fragilidade, mas não dá prá gente dizer que está no estado de fragilidade, entendeu? Mas eu acho que são indicadores que nos mostram caminhos. Eu acho que para estabelecer critérios ainda, a gente precisa ter muita clareza sobre o conceito, fechar bem a questão “o que é fragilidade de fato”, o que a gente pode considerar como fragilidade nos aspectos funcionais, afetivos, sociais. Será que entra no conceito de fragilidade? No meu ponto de vista sim, mas a partir do momento que a gente tem a clareza sobre esses conceitos, talvez a gente consiga discriminar melhor esses critérios. Por enquanto, é do que a gente dispõe _ essa avaliação geriátrica abrangente consegue nos mostrar um pouco desse perfil do idoso e nos apontar para a maior vulnerabilidade dele e maior exposição a riscos.

- Como ele faz as atividades diárias dele eu acho que é uma coisa ... a princípio, eu veria muito isso, como ele se dá à comunidade, como ele se relaciona com a comunidade, se ele tem uma vida fora de casa, como que é isso prá ele ... a atividade diária dele, se a nível psicológico ele tem uma doença e como isso atinge ele. Porque você pode ficar muito frágil

por um problema psicológico e aquela doença levar você a problema de ficar pensando muito.

- Eu não sei se eu vou conseguir... A gente poderia dizer que fragilidade é um decréscimo da atividade motora, da própria parte fisiológica do organismo daquela pessoa, nem sempre por um motivo aparente, mas que leva a uma maior morbidade e mortalidade. Quando eu meço, além da aparência física que eu vejo, o meu primeiro parâmetro é o peso e depois o IMC (índice de massa corporal) e a anamnese para poder qualificá-lo como idoso frágil.
- O que a gente vê na teoria e que todos falam muito é a sarcopenia que é a perda de massa magra. Então, isso estaria encaixado em um ciclo vicioso de conseqüências causando fragilidade no idoso. De teoria existe bastante coisa, mas assim como eu vejo, eu acabei falando prá você, de uma maneira mais prática. Mas, o que você perguntou mesmo? Sim, as comorbidade, as doenças crônicas associadas com a idade mais avançada porque somente a idade avançada não, mas eu acho que seria uma associação e como eu te falei quando eu descrevi o fenótipo, quando eu vejo um idoso frágil chegando, eu falei prá você que muitas vezes ele é mais magro, emagrecido. Então, o emagrecimento do idoso está relacionado à sarcopenia, à perda de massa muscular, com mais fraqueza, com maior probabilidade de ficar dependente.
- Pela experiência clínica que estamos acumulando já há algum tempo, eu somaria vários fatores: eu avaliaria a condição afetiva_ indivíduos que vivem em isolamento social maior, indivíduos com pouca interação com o ambiente, com um grupo de iguais, com pessoas com quem ele tenha vínculo afetivo. Um indivíduo que some mais perdas do que ganhos, mas com dificuldades de se adaptar à essas perdas, com dificuldade de suplantar essas perdas, sejam elas biológicas, sejam elas sociais, psicológicas ou de qualquer outra ordem. Um indivíduo que não encontra um sentido para a sua vida, para continuar vivendo, um indivíduo que não consegue integrar o seu momento, a sua fase da vida com as etapas anteriores, um indivíduo que tem uma condição social, econômica desfavorável _ indivíduos mais pobres com baixo nível de escolaridade e menos oportunidades na vida no sentido que chamamos de sucesso ou uma vida bem sucedida. Eu acho que é uma soma de elementos. Clinicamente, isso se expressa por sinais evidentes de depressão, pode haver sinais de déficit cognitivo ou não. Pode estar presente e é mais comum até que se verifique um grau

de déficit do que não. O índice de massa corporal abaixo do esperado para o indivíduo nessa fase da vida, com perda de peso, com anorexia, com dificuldade de controlar as afecções mesmo com uma aderência terapêutica considerada boa, com maior número de complicações em decorrência dessa condição. Me parece que há uma soma grande de fatores: Fatores múltiplos, com certeza.

- Eu acho que tem elementos de ordem psíquica, de personalidade: mais dependente, mais independente, forma de encarar as coisas. São características da pessoa que fazem ela lidar melhor com as limitações, com as perdas que ela passa na vida. Eu acho que tem também aspectos ligados à própria saúde, doenças que podem ter a ver com o nosso estilo de vida, doenças hereditárias ou que adquirimos ao longo da vida, o que essas doenças foram causando na pessoa ... Independentemente disso, tem uma doença, não me importa como, como lidar com ela, não é? Se ela se cuida, se não se cuida, se ele se trata, se não se trata, se não liga, deixa piorar e depois reclama ... Então, como ele lida com as doenças também pode deixar o indivíduo mais ou menos frágil; as relações familiares, eu acho que são muito importantes _ como ele é na família, como a família o vê, como ele vê a família, se as relações familiares são boas ou não, são saudáveis ou não ... Às vezes, existe uma família muito grudada, mas é patológica e não adianta porque a pessoa quer sair daquele caminho e não consegue e então ela não vive bem. Então, se a família tem uma relação saudável, até de apoio, de cordialidade ou se é uma família sugadora, o que também eu acho terrível. Esses são os critérios que eu usaria porque eu acho importante ver como é a relação familiar. Se o indivíduo já tem uma família que é problemática, vai ser pior com o passar do tempo, com as doenças, etc. Então, ter que ver a história da família, como é a relação familiar _ se tem companheiro, se não tem, não suportar a perda de um, ver se é uma relação quase que simbiótica que se um vai, o outro vai logo porque não suporta. Eu acho que essa simbiose do casal, às vezes, é muito grande e eu acho que isso é um fator que pode pesar. Então, eu acho que os vínculos que a pessoa tem, como ela pode encarar essa perda, seja qual for esse vínculo, eu acho importante. Fatores econômicos _ quero fazer tudo, mas não tenho dinheiro e então, eu vou me angustiando, vou no posto e não tem remédio, a falta de dinheiro para a comida, então a condição econômica também pesa. Então, não tem que ser bem religião, mas um respeito pelo próximo, a forma como ele trata as pessoas ou até “se um dia eu for embora, eu não sei prá onde, mas eu não quero deixar um rastro de

problemas prá trás, de pessoas que não gostavam de mim. Às vezes é fácil falar que o idoso está abandonado, mas às vezes, ele se fez abandonar. Alguns realmente têm pessoas mais frias na família, mas outras vezes, a pessoa se fez abandonar, ela fez por merecer aquilo. Então, tem todas as histórias, tem todas e eu acho que como a pessoa encara até o fim da vida, vai ter outra vida, não vai ter outra vida, pode ter também um peso nessa fragilidade à medida que esse fim pode estar mais próximo, até pelo envelhecimento, pela idade ou por alguma doença.

- Eu acho que a parte de doenças ou não seria um critério. A capacidade funcional preservada, ou seja, a independência, a autonomia, o nível de capacidade que está preservada, a parte cognitiva, acho que entraria. A questão social, familiar eu acho muito importante porque muitas vezes, a fragilidade vem pela ausência de um suporte familiar, um suporte social. Acho que seriam vários fatores e multidisciplinar mesmo como é aqui. A parte nutricional acho que também entraria _ toda a alimentação que ele fez a vida toda e isso pode estar causando uma infecção mesmo e isso desencadear a fragilidade. Então, são várias facetas que devem ser consideradas para denominar um idoso frágil.
- Eu acho muito importante que não se utilize apenas critérios orgânicos, critérios do ponto de vista fisiológico, do ponto de vista orgânico. Então, a gente tem os fatores de risco que são importantes, mas de grande importância também são os papéis que o idoso desempenha, os papéis sociais principalmente no seu meio, a auto-imagem ... No restante, eu acho que os outros critérios são satisfatórios: incontinência, demência e outros que eu não me lembro aqui agora.
- Eu acho que nós precisaríamos avaliar alguns aspectos: aspecto emocional, o aspecto... eu acho que a gente precisaria ... nós precisaríamos pensar em algumas abordagens, alguns critérios_ então, o aspecto emocional, social e orgânico. Eu acho que seriam essas três áreas que precisariam ser contempladas prá se tentar conceituar, tirar algum conceito sobre fragilidade. Acredito que sim. Acredito que sim: social, psicológico e orgânico.
- É uma pergunta bastante difícil de responder. Nós sabemos das atividades básicas de vida diária que uma pessoa não consiga fazer e aí ela é automaticamente classificada como frágil porque ela não é mais autônoma e vai depender de alguém para se manter viva. Então, eu

acredito que fica meio no borderline essa definição porque ao mesmo tempo que eu entendo que a pessoa que dependa de uma outra para se vestir, se alimentar, enfim, para as atividades básicas, ela é uma pessoa frágil porque se ela ficar só, ela não vai ter condições de sobreviver. Assim ela está num quadro de fragilidade grande. Eu interpreto a fragilidade como sendo uma situação em que a pessoa não consiga, de maneira alguma, se manter viva sozinha. Você entende o que eu estou falando? Por exemplo, se você colocar ... é uma coisa talvez fictícia para a minha cabeça, mas eu imagino por exemplo que você coloque uma pessoa vivendo sozinha, mas não que ela vá viver sozinha pelo resto da vida, mas que ela fique em um ambiente sozinha, onde ela tenha que desenvolver todas as atividades para sobreviver, ou seja, comer, fazer suas necessidades básicas, a parte de higiene, enfim, as mais básicas mesmo e se ela não tivesse condições, ela seria frágil, ela precisaria de alguém. Em contrapartida, é tão difícil determinar situações em que você possa contribuir para que se feche um conceito sobre o idoso frágil. Existem idosos que fazem as atividades básicas de vida diária, mas que são muito mais frágeis. A partir do momento em que ela vence essas barreiras que o corpo está impondo a ela ... o corpo está impondo barreira e limitações, mas o seu emocional e o seu aspecto mental, o seu intelecto não tem essa barreira. Então, é uma pergunta mesmo e foi por isso que eu falei da borderline_ é como se a gente ficasse em cima do muro: O que é frágil, o idoso frágil? É aquele que precisa de ajuda para fazer as suas atividades práticas ou é aquele que precisa de ajuda para responder às questões emocionais? É óbvio que você vai encontrar idosos com os dois componentes: o componente da fragilidade prática ... eu falei duas definições de fragilidade: a fragilidade prática, mecânica porque a pessoa que não consegue responder às atividades básicas de vida diária tem muito do componente mecânico envolvido e o aspecto emocional não necessita desses recursos mecânicos. Na minha opinião, eu faria duas definições, ou melhor, faria uma subclassificação: o idoso frágil de uma maneira geral e a fragilidade voltada ao aspecto físico, motor, neuromotor e a fragilidade voltada ao aspecto neuroemocional que deve vir acompanhada de alguma outra fragilidade. Porque quando a pessoa está emocionalmente frágil, ela já expressou isso no corpo.

* * *

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 (Respostas: 2 e 11).

IDÉIA CENTRAL: Antes do estabelecimento de critérios, é necessário esclarecer o conceito de fragilidade em idosos.

Para estabelecer critérios, a gente precisa ter muita clareza sobre o conceito, fechar bem a questão do que pode ser considerado como fragilidade nos aspectos funcionais, afetivos, sociais. Por enquanto, a avaliação geronto-geriátrica abrangente consegue nos mostrar um pouco desse perfil do idoso e nos apontar para a maior vulnerabilidade, maior risco de se expor a agravos, não somente agravos físicos, mas sociais e emocionais também. O que a gente tem visto no dia a dia é que há alguns critérios como o de funcionalidade que são amplamente utilizados _ ser dependente nas atividades básicas ou instrumentais. Essa dependência conta para uma fragilidade? Talvez. Perder pessoas queridas também nos aponta para estar com maior risco de apresentar essa fragilidade? O que é frágil, o idoso frágil? É aquele que precisa de ajuda para fazer as suas atividades práticas ou é aquele que precisa de ajuda para responder às questões emocionais? Ele ter sido institucionalizado há pouco tempo, por exemplo, estar apresentando sintomas depressivos são indicadores que nos mostram caminhos ...

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 (Respostas: 3, 5, 6, 9 e 10).

IDÉIA CENTRAL: É muito importante que não se utilize apenas critérios do ponto de vista fisiológico, mas psicossociais também.

Acho que seriam vários fatores e três áreas precisariam ser contempladas para se tentar conceituar fragilidade: social, psicológica e orgânica. A princípio, eu veria como ele se relaciona com a comunidade, se tem uma vida fora de casa, as atividades diárias , se a nível psicológico ele tem uma doença ... porque você pode ficar muito frágil por um problema psicológico. Doenças ou não seria um critério _ dificuldade de controlar as afecções com maior número de complicações em decorrência dessa condição, incontinência, demência e outros. O que a gente vê na teoria e que todos falam muito é a sarcopenia que estaria encaixada em um

ciclo vicioso de conseqüências causando fragilidade no idoso. O emagrecimento está relacionado à sarcopenia, à perda de massa muscular com mais fraqueza e maior probabilidade de ficar dependente. O índice de massa corporal abaixo do esperado para o indivíduo nessa fase da vida, com perda de peso, anorexia, dificuldade de controlar as afecções mesmo com uma aderência terapêutica considerada boa, com maior número de complicações em decorrência dessa condição ... Entretanto, é muito importante que não se utilize apenas critérios do ponto de vista fisiológico porque os papéis sociais e as relações familiares são também de grande importância_ um indivíduo que some mais perdas do que ganhos e tenha dificuldade de suplantar essas perdas, sejam elas biológicas, sociais, psicológicas ou de qualquer outra ordem, pode estar frágil. Um indivíduo que não encontra um sentido para a sua vida, tem uma condição sócio-econômica desfavorável, vive em isolamento social com menos oportunidades no sentido que chamamos de sucesso ou uma vida bem-sucedida pode estar frágil. Clinicamente, isso se expressa por sinais evidentes de depressão, podendo haver sinais de déficit cognitivo ou não e sendo mais comum que se verifique um grau de déficit. Há uma soma grande de fatores: fatores múltiplos, com certeza.

Questão 8. Eu tenho aqui duas definições de fragilidade em idosos e gostaria de ouvir a sua opinião sobre cada uma delas, por favor.

Definição nº1: Fragilidade é uma “síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultante de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuro-endócrino, imunológico e músculo-esquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”.

Definição nº 2: Fragilidade é uma “síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”.

- Acho que uma não exclui a outra, embora elas tenham olhares um pouco distintos. A definição número um (1) está bem voltada às questões fisiológicas, questões físicas porque ela trata dos sistemas fisiológicos e desse declínio ao longo da vida inclusive e essa outra, a definição dois (2), ela já envolve não somente os fatores biológicos, mas ela é mais abrangente e do meu ponto de vista, eu entendo a fragilidade também assim _ ela não pode ser vista apenas com o olhar biológico como a definição 1. Embora eu seja da área da saúde, mas acho que na velhice não dá pra gente pensar o idoso só como ser fisiológico. Eu acho que é mais; então, a gente tem que olhar essa fragilidade realmente mais nesse idoso _ biológico, psicológico, cognitivo, social. Eu concordaria com a primeira se fosse pensar em uma abordagem puramente fisiológica, biológica, sim. Se a gente fosse trabalhar com um conceito voltado só para esse aspecto, mas eu acho que não dá para a gente trabalhar com esse aspecto só biológico como é ela. Eu acho que é importante na velhice, com o idoso, nós pensarmos mais inaudível para a gente entender o envelhecimento e a velhice justamente como um constructo multidimensional. Então, não dá pra gente pensar só o idoso como um ser somente biológico. Eu acho a segunda definição incompleta. Eu acho que ela não está completa ainda porque ela não deixa muito claro o que é, ela lança essas questões, esses fatores mas... “com potencial para a prevenção, identificação” , mas não deixa muito claro. Então, eu acho que ela está incompleta ainda. Ela vai no caminho multidimensional como eu penso, mas ainda falta ser completada. A primeira, ela consegue

delinear melhor quando ela fala o que, quais elementos estão compondo, mas é esse olhar mais biológico e a segunda, ela pega essa multidimensionalidade, mas ela não foca, ela fica muito genérica.

- Eu ficaria com a definição dois. Porque eu acho que ela envolve tudo que eu penso: é o biológico, o psicológico, o cognitivo, o societal, o social ao longo do curso da vida. Então, eu acho que quando você chega na velhice, prá mim, é um resumo daquilo que você fez quando era jovem. Então, é o caminho inteiro que você percorreu. Então, a definição dois prá mim é mais completa. Sobre a primeira, por mais que você tenha um declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos, isso daqui é uma coisa que pode ter várias exceções. Chega uma pessoa como o meu pai e aí ele quebra essa definição porque ele tem 73 anos e não está declinado. Ele vai fazer 73 agora domingo e ele não está com nada em declínio. É lógico que ele não tem a aparência de um homem de 30 anos, obviamente, mas quando ele vai fazer os exames e você vê tudo, ele está ótimo. E não é só o neuro-endócrino, só o imunológico, só o músculo-esquelético, tem tudo. Eu acho que teria que ter mais coisas aqui. Ela está incompleta porque tem mais sistemas fisiológicos. Cardíaco ... Tem mais.
- Eu acho que uma complementa a outra, embora eu concorde mais com a primeira. Mas eu incluiria aqui também a parte cognitiva, psicológica e social que a primeira não tem. Eu acho que as duas definições juntas me satisfariam embora eu não concorde com o potencial para a prevenção porque pelo menos os pacientes que eu já atendi, quando chegam a mim, já não existe mais a prevenção, mas existe a parte curativa. Então, não que não seja possível, até que seria possível, mas em relação à nutrição, seria mais relacionado à perda de peso. Eu ficaria com a primeira e incluiria fatores psicológicos, cognitivos, sociais e sociais. Ficaria completa para mim.
- Eu acho que é importante também a gente definir fragilidade porque nós que estudamos gerontologia somos um grupo muito pequeno dentro dos profissionais de saúde. Então, até prá gente poder estar explicando a nossa função, a importância de estudar o idoso como sendo um indivíduo diferente. Eu acho que é importante a gente explicar para essas outras pessoas e através da fragilidade mesmo poderia ser; porque ter profissionais com estudo dirigido para essas pessoas. Muita gente que não tem conhecimento nenhum na área acha uma bobagem. Eu conheço aqui mesmo na faculdade muita gente que, por falta de

conhecimento, acha uma grande bobagem mesmo. Então, eu acho que se a gente partir da fragilidade para estar explicando é interessante. Acho que é um tema que engloba muito da gerontologia e da geriatria na hora que a gente vai explicar para alguém o que a gente está fazendo. Acho isso bem interessante.

- Então, nós temos a definição número 1 (um) e eu vou ler para facilitar a gravação: “fragilidade é uma síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultantes de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuro-endócrino, imunológico e músculo-esquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”. A segunda definição: “fragilidade é uma síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”. Particularmente, acredito que a segunda definição está um pouco mais próxima da percepção que eu tenho, da experiência que eu tenho de fragilidade a partir do que temos visto e experimentado aqui. E em função do que? Porque o autor dá ênfase nessa definição ao aspecto multifatorial e dá ênfase à instalação progressiva, quando fala que se dá ao longo do curso da vida e finalmente também porque oferece a possibilidade de prevenção. Por outro lado, eu não descarto a primeira definição ...Eu acho que essa definição é boa, mas há elementos presentes na primeira, por exemplo, a baixa resposta ou a resistência reduzida aos estressores, a diminuição de reserva _ esses são aspectos que estão presentes nessa primeira definição que me parece que também merecem ser considerados. Idealmente, nós poderíamos associar os elementos da primeira com o corpo de informações que ela traz, perdão, da segunda. E a primeira, eu associaria principalmente esses dois aspectos: a resistência reduzida aos estressores que diminui a capacidade adaptativa e mais a diminuição da reserva que o autor não explicita bem que reserva é essa, mas provavelmente é a reserva vital. Explicar o que é reserva vital merece uma outra pesquisa, um outro trabalho.
- Eu acho que as duas são boas definições de fragilidade: uma enfocando um lado_ eu acho que a primeira definição tem muito mais a ver com a área médica, das doenças, das perdas da capacidade funcional do indivíduo. Agora, a segunda é uma definição mais abrangente_

ela não fala só dos aspectos biológicos, mas também dos psicológicos, cognitivos e sociais ao longo do curso da vida.

- Eu só acrescentaria alguns dados que possam ser de natureza psicossocial. Não sei se teria que acrescentar mais alguma coisa além da fragilidade só clínica, entendeu? Porque às vezes a pessoa não tem tantos problemas de saúde. Essa é uma definição clínica, física, mas falta alguma coisa que não estaria aqui. A segunda: "... Com potencial para prevenção e tratamento dos sintomas". Eu acho que essa é mais abrangente porque você leva em conta fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais ... qual é a diferença entre sociais e sociais? Poderia ser prevenido, identificado e tratado, mas teria que descrever como que vai identificar isso. Eu acho que é algo mais abrangente mesmo porque se o indivíduo teve mais problema de saúde, talvez ele se encaixe mais aqui. Mas é tudo tão ligado na gente e a mesma doença em duas pessoas não vai ser igual _ é diferente. Então, eu acho que essa (mostrando a definição número 1) é mais clínica e essa aqui (mostrando a definição número 2) é mais abrangente. Eu estou com dúvida aqui: é uma síndrome e ele não descreve o que, ao longo da vida que tem potencial para ser prevenida, identificada e tratada. Teria que definir que síndrome é essa, quais são os achados que eu tenho; talvez teria que esmiuçar um pouquinho mais para poder dizer como que eu vou caracterizar isso, então talvez faltasse alguma coisinha aqui no meio. Acho que está um pouquinho incompleta no sentido de definir a fragilidade melhor. Enquanto que aqui, (mostrando a definição 1), a diminuição de reserva, eu não saberia dizer que reserva é essa ... Então, poderia ser até reserva energética e a resistência diminuída aos fatores estressantes ... aqui você já está dizendo que a fragilidade é diretamente proporcional ao declínio das funções orgânicas? Seria então ligada somente ao processo de envelhecimento biológico, mas não é completa porque talvez isso acontecesse. Mas será que todo idoso morre frágil? Eu acho que ela é incompleta porque você está dizendo então que todo mundo vai ser frágil um dia ... "é uma síndrome resultante do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos causando vulnerabilidade às condições adversas". Todo mundo que envelhecer vai ficar vulnerável às condições adversas. Essa definição se aproxima mais da definição de envelhecimento do que de fragilidade? Eu acho que é de envelhecimento porque senão todo mundo estaria encaixado nessa fragilidade e a gente vê pessoas que são mais fortes. Todo mundo vai morrer e isso não tem que discutir, mas como chegar até lá nesse processo da nossa vida ou

da geriatria é que vai dizer se o indivíduo é frágil ou não. Porque morrer é inevitável, não é? Não sei se eu estou certa ...

- Eu acho que a definição número 1 é muito mais geriátrica, de uma especialidade médica mesmo. Essa parte, como uma síndrome clínica mesmo, citando a parte neuro-endócrina, imunológica e músculo-esquelética, deixando de citar muitas coisas importantes que são citadas na definição 2: psicológicas, cognitivas. A definição 2 está mesmo para a gerontologia, para uma visão multidisciplinar, uma visão não só do biológico, mas do corpo como um todo, do psicológico e do cognitivo também. Mas, as duas ainda não me satisfazem como definição para fragilidade. Eu acho que é uma definição bem complexa. Aqui nós temos: a fragilidade é uma síndrome com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas. Que sintomas? Não ficou claro prá mim. Eu acho que ainda não chegou o ponto de uma definição e acho que seu trabalho vai ser muito importante para isso. Concordo, mas as duas ainda faltam.
- Eu juntaria aspectos das duas porque eu acredito muito na fragilidade como sendo decorrente dessa interação de fatores como traz a definição dois. O potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas está muito associado a essa fragilidade que eu penso como ligada à comorbidade, aos fatores de risco. Por outro lado, a definição número um complementa a definição com a idéia do processo presente no idoso mais idoso: o declínio cumulativo dos sistemas causando vulnerabilidade, propiciando essa vulnerabilidade às condições adversas, mas uma complementa a outra. Não dá para entender a fragilidade somente como um declínio cumulativo de um processo fisiológico e por outro lado, isso existe também; não é único, mas existe também. Então, a definição número um é incompleta porque ela aborda somente um aspecto, o fisiológico e a número dois, ela é completa, mas me parece muito positiva, positiva demais. Eu acho que tem também essa questão da vulnerabilidade irreversível em um certo ponto.
- Eu acho que elas não são excludentes. Acho que elas se complementam e por que? A primeira definição, a definição número 1, ela é mais clara, ela traz dados mais... como eu vou dizer? Ela contempla mais informações do que a definição número 2. Eu concordo com a definição número 1 quando ela se reporta à uma síndrome, eu vejo a fragilidade como uma síndrome que ela tem como característica essa diminuição de reserva e a redução da

resistência a esses fatores estressores e que levam à uma vulnerabilidade, né? Se eu digo que as duas se complementam, eu poderia afirmar que ela está incompleta porque eu acho que a segunda complementa ela. Ela tem como característica essa diminuição da reserva e a diminuição da resistência, por outro lado, ela é decorrente de fatores e aqui tem até mais fatores do que eu havia comentado e ela é passível de prevenção, de identificação e tratamento dos sintomas. Enquanto a primeira, a ênfase é na caracterização da fragilidade, dessa síndrome, a segunda fala das causas, do que causa, ela advém de que. E a segunda mostra que ela não é o fim, ela pode ser prevenida, ela é passível de identificação e de tratamento que a primeira não contempla. Então eu diria que as duas são complementares.

- Daquilo que eu penso sobre fragilidade, muito daquilo que está colocado aqui. Eu acho que até ao longo da minha fala eu considere todos esses aspectos: a limitação que você tem do próprio corpo em termos de organismo, de como funciona o sistema (ser biológico). A questão psicológica, cognitiva, de raciocínio e de alguns processamentos que se tornam muitas vezes mais lento, não que as pessoas percam, mas às vezes você desenvolve algum tipo de processo, de doença que comprometa cognitivamente, por exemplo, Alzheimer que são questões que podem comprometer. “Sociais e sociais ... ao longo do curso da vida com potencial para prevenção, identificação e para tratamento dos sintomas”. Eu acho que tem situações, ou seja, eu considero que para todos esses fatores que começam a desencadear alguns limites que geram fragilidade, você tem ao longo da sua vida, como eu falei, é um processo e ele vai desencadeando. Se você talvez pegar a história de vida de uma pessoa, você pode entender muitas vezes, porque determinadas pessoas têm ou apresentam um determinado tipo de fragilidade maior do que outras. Então, eu acho que a história de vida e dentro da história de vida tem todos esses fatores e tem pessoas que tem mais recurso, por exemplo, internos e até muitas vezes, embora não seja determinante para desencadear certos processos, a questão sócio-econômica. Tem pessoas que vivem muitas questões estressantes emocionais tendo uma família que tem plenas condições sócio-econômicas e que elas vão desencadear determinadas doenças muito difíceis no sentido que tenham talvez fragilidades maiores. Tem alguns aspectos que você pode até dizer _ olha, isso dependeu de uma condição social, mas eu acho que não dá só para considerar esse tipo de aspecto; eu acho que é um conjunto de fatores como coloca aqui e que você hoje tem condições de fazer uma prevenção. A primeira é bem ...eu não consegui entender tudo, mas

me parece uma coisa bem técnica: “fragilidade é uma síndrome clínica”, um conjunto de fatores, a síndrome não é uma coisa só, “caracterizada por diminuição de reserva e tem a resistência reduzida aos estressores resultante de declínio cumulativo nos sistemas” ... Aqui é uma definição ... não dá para definir fragilidade como sendo só isso, eu não acho que isso está errado, isso acontece realmente e é a definição mais biológica. Eu considero que essa definição é muito parecida com o conceito que você tinha de saúde antes da 8ª conferência de saúde que “saúde é a ausência de doença”. Não é errado_ é também, mas não é só isso. E fragilidade também. Eu vejo a primeira definição e acho que não está errada, se eu pude entender, porque ela é bem técnica. Mas ela não é só isso, é muito mais ampla do que isso. Fragilidade não é só isso. Então, eu vejo como incompleta_ é como saúde que não é somente a ausência de doença, mas é um conjunto de condições sociais, de vida e de trabalho, de acesso ao atendimento da própria saúde, alimentação.

- São duas definições interessantes: a primeira mais voltada às reações fisiológicas do corpo, à situação de fragilidade e a segunda, mais em um contexto geral trazendo os fatores de várias ordens, desde os biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e sociais. Eu gostei muito dessa definição. Eu acho que essa seria um starter para a segunda “a síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos ... “ funcionaria como um início, um starter para que isso aqui acontecesse_ declínio, perda de resistência aos estressores e para mim, essa seria a consequência. A primeira seria a consequência e a segunda o que realmente acontece, decorrendo do meio onde a gente vive, das experiências que a gente tem. Aqui é tudo sempre voltado para o idoso, para a fragilidade no idoso.

* * *

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 (Respostas: 4, 7, 8 e 11).

IDÉIA CENTRAL: As duas definições são complementares_ a fragilidade no idoso tem característica multifatorial e multidimensional.

Eu diria que as duas definições são complementares. A definição número um é muito mais geriátrica e apresenta a fragilidade como processo presente no idoso mais idoso. Há o declínio

cumulativo dos sistemas causando vulnerabilidade às condições adversas, mas não dá para entender a fragilidade somente como o declínio cumulativo de um processo fisiológico. Eu considero essa definição muito parecida com o conceito de saúde utilizado antes da 8ª conferência de saúde “saúde é a ausência de doença”. É importante entender o envelhecimento e a velhice como um constructo multidimensional porque assim como saúde não é somente a ausência de doença, mas um conjunto de condições sociais, de vida e de trabalho, de acesso ao atendimento da própria saúde, alimentação, a fragilidade também não é só isso. A definição dois está para a gerontologia, para uma visão multidisciplinar, uma visão não só do biológico, mas do corpo como um todo, do psicológico e do cognitivo também. O autor dá ênfase ao aspecto multifatorial, à instalação progressiva e oferece a possibilidade de prevenção. Se você pegar a história de vida de uma pessoa, você pode entender, muitas vezes, porque determinadas pessoas têm ou apresentam um determinado tipo de fragilidade maior do que outras. Idealmente, poderíamos associar os elementos da primeira com o corpo de informações da segunda.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 (Respostas: 2 e 8) .

IDÉIA CENTRAL: Não vejo possibilidade de prevenção da fragilidade nos idosos que atendo.

Juntas, as duas definições me satisfariam, embora eu não concorde com o potencial para a prevenção. Quando os pacientes chegam a mim, já não existe mais a prevenção, mas existe a parte curativa. A definição número dois me parece positiva demais porque a questão da vulnerabilidade, em um certo ponto, torna-se irreversível.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3 (Respostas: 4, 6 e 7).

IDÉIA CENTRAL: As duas definições estão incompletas _ nem todo idoso morre frágil e que sintomas são esses?

As duas definições ainda não me satisfazem. Acho que uma definição de fragilidade em idosos é bem complexa. A definição número um é mais clínica: é uma síndrome, mas teria que definir que síndrome é essa, como vou caracterizar isso. A diminuição de reserva, eu não saberia dizer que

reserva é essa ... Poderia ser até reserva energética e a resistência diminuída aos fatores estressantes ... O autor está dizendo que a fragilidade é diretamente proporcional ao declínio das funções orgânicas? Seria então ligada somente ao processo de envelhecimento biológico ... mas será que todo idoso morre frágil? Essa definição é incompleta porque está dizendo que todo mundo vai ser frágil um dia ... Todo mundo que envelhecer vai ficar vulnerável às condições adversas. Essa definição é de envelhecimento. Senão todo mundo estaria encaixado nessa fragilidade e a gente vê pessoas que são mais fortes. Todo mundo vai morrer e isso não tem que discutir, mas como chegar até lá nesse processo da nossa vida ou é que vai dizer se o indivíduo é frágil ou não. A definição número dois: “a fragilidade é uma síndrome com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”. Que sintomas? Não ficou claro para mim. Acho que ainda não chegou o ponto de uma definição e acho que seu trabalho vai ser muito importante para isso. Concordo, mas as duas ainda faltam.

Questão 9. Se eu pedisse para você construir uma definição de fragilidade em idosos, você optaria por uma dessas definições, associaria uma à outra ou desconsideraria essas e veria a necessidade de uma terceira ou mesmo quarta definição?

Definição nº1: Fragilidade é uma “síndrome clínica caracterizada por diminuição de reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultante de declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos (principalmente neuroendócrino, imunológico e músculo-esquelético), causando vulnerabilidade às condições adversas”.

Definição nº 2: Fragilidade é uma “síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociais e ambientais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”.

- Eu acredito que a definição número dois começa em um caminho melhor e a definição número um completa muito da parte biológica que ele diz. Então, faltaria ainda complementar os outros aspectos. Eu associaria uma à outra, mas ainda ficaria incompleta. Eu faria uma terceira, mas eu não saberia como agora.
- Eu usaria essa. Eu ficaria com a 2 completamente. Eu acho que se eu visse isso em algum trabalho, em alguma coisa, ficaria bem claro para mim o que é fragilidade.
- Eu não precisaria complementar.
- Ficou completo.
- Acho que eu associaria essa número 1 com mais alguma coisa, mas não seria a número 2. Acho que poderia ser assim: “síndrome clínica caracterizada por diminuição da reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultando em declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade às condições adversas”. Frequentemente, esse idoso apresenta uma idade mais avançada, acima de 80 anos mais ou menos, tem diversas patologias e necessidade de uso de várias medicações, algum nível de dependência funcional e cognitiva_ só pra deixar um pouco mais objetivo.

- Entre as duas, a segunda me parece um pouco mais próxima daquilo que nós vemos. Idealmente, eu associaria à segunda definição alguns desses elementos da primeira, talvez criando uma espécie de terceira definição. Eu associaria principalmente esses dois elementos: diminuição da reserva e resistência ou resposta diminuída aos estressores, capacidade de adaptação diminuída.
- Eu optaria pela segunda. Eu acho que a segunda me satisfaz.
- Eu não sei se eu estou sabendo qual é o conceito de fragilidade. Será que frágil é o indivíduo que não consegue se cuidar sozinho? Eu estou questionando esse conceito de fragilidade_ o que é ser frágil? É não suportar as dificuldades da vida, é estar muito doente e depender de alguém, é não ter condição pra bancar seu tratamento, cada uma dessas coisas separadas, ou todas elas juntas? Então, eu não sei exatamente o que vocês estão definindo como fragilidade ... Eu estou tentando entender que é algo que deixa o indivíduo vulnerável, vulnerável a não conseguir viver bem o dia-a-dia dele, não conseguir cuidar de si ou depender dos filhos ou de outras pessoas, ou o abandono ... Precisaria pensar muito. Eu acho que as duas podem ser modificadas para encaixar aquilo que eu estou entendendo, mas eu não quero ser dona da verdade. Eu estou falando como eu entenderia porque eu conheço idosos que não morreram frágeis_ morreram firmes: “estou indo, tchau” e se despedem da família. “Eu sei que o meu corpo vai ter que ir embora porque eu estou velho”. Mesmo indo embora, eu não posso dizer que vai morrer frágil, eu não sei, eu acho que alguns têm até uma morte legal. “ Não tem como, meu corpo é finito, eu tenho que ir embora, mas eu estou bem”. Eu não sei ... Eu conheço também pessoas que demoraram pra morrer e ficaram no respirador, na UTI e não sei onde. Então, eu não sei ...
- Eu acho que eu utilizaria muito mais a definição número 2, mas completando ou tornando algumas coisas mais claras, alguns termos... Eu acho que fragilidade não é possível se definir em quatro linhas, acho que não é suficiente.
- Chegaria bem próximo do que eu acho que está bom. Numa definição, eu acho que ajuntando bem as palavras ... eu acho que estaria completa. Não só juntando, mas juntando com uma reorganização do sentido, tá bom?

- Eu acho que eu usaria as duas. E acho que prá mim é suficiente porque eu entendo dessa forma, como a primeira fala, como uma síndrome _essas duas definições tratam a fragilidade como uma síndrome e que tem como característica essa diminuição da reserva e da resistência, levando à uma vulnerabilidade a condições adversas e por outro lado ela é decorrente dessas interações ... por outro lado não, ela é caracterizada por isso e ela é decorrente da interação de fatores. Então, talvez poderia começar a definição pela segunda que ela é “uma síndrome decorrente da interação de fatores” aí vem na primeira, “caracterizada pela diminuição da reserva causando vulnerabilidade” e depois poderia terminar com o final da segunda que “ela tem potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”. Então, eu acho que criaria uma terceira, mas aglutinando as duas. Eu usaria o conteúdo das duas.

- Na verdade, eu gostei muito das duas definições, mas não usaria como definição plena de fragilidade. O primeiro aspecto que não me faria usar é que eu não sinto a fragilidade como uma síndrome e sim como um estado. Ela pode ser um estado que perdura a vida inteira ou pode ser um estado passageiro ou ainda, um estado que passa por um momento razoável de tempo. Essa definição número dois que fala que a fragilidade é decorrente de fatores biológicos, psicológicos, sociais e sociais ao longo do curso de vida, eu concordo que existe um componente muito grande mesmo. A fragilidade é uma resposta de tudo que o indivíduo vive no seu meio, mas muitas vezes, eu não acredito que tenha o potencial para prevenção ou identificação. Então, a primeira parte dessa definição eu aproveitaria, tirando a síndrome e colocando estado e continuaria até aqui: “fragilidade é um estado decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e sociais ao longo do curso de vida”. É um estado que pode permanecer ou pode perdurar a vida inteira. Essa parte aqui: “com potencial para prevenção e tratamento dos sintomas” eu não colocaria porque eu acho que não é assim tão simples de tratar, mas que ao longo do curso de vida ocasiona uma série de reações fisiológicas e orgânicas, como o exemplo citado na definição número um: “resistência reduzida aos estressores, resultante do declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos, principalmente neuro-endócrino, imunológico e músculo-esquelético causando vulnerabilidade às condições adversas”, ou seja, essa parte mais clínica. A primeira é uma definição mais clínica de fragilidade e a segunda é uma definição mais social de fragilidade. Eu acho que nenhuma anda sozinha_ as duas têm que andar juntas, de uma

forma unificada, porque o ser humano é um conjunto de coisas e não só a parte clínica, só o corpo, só a mente e só o emocional. Então, a fragilidade deveria ter um conceito que apesar de eu não ter, eu não consigo examinar de pronto uma definição simples e objetiva que seja curta e concisa, que possa abranger o termo em si e os aspectos envolvidos de uma maneira que não fique uma coisa muito elaborada, muito cheia de informações. Então, são definições que explicam algumas coisas do estado de fragilidade, mas não chegam a ser uma definição ... Como eu posso dizer? Que você lê e fala: é isso! Você entende?

* * *

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 (Resposta: 5).

Acho que eu associaria a definição número um com mais alguma coisa, mas não seria a número dois. Poderia ser assim: “síndrome clínica caracterizada por diminuição da reserva e pela resistência reduzida aos estressores, resultando em declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade às condições adversas. Frequentemente, esse idoso apresenta uma idade mais avançada, acima de 80 anos mais ou menos, tem diversas patologias e necessidade de uso de várias medicações, algum nível de dependência funcional e cognitiva”. Só para deixar um pouco mais objetivo.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 (Respostas: 1, 6, 9 e 11).

IDÉIA CENTRAL: Não é possível se definir fragilidade em quatro linhas.

Eu usaria o conteúdo das duas. Essas duas definições tratam a fragilidade como uma síndrome que tem como característica essa diminuição da reserva e da resistência, levando à vulnerabilidade às condições adversas e ela é decorrente da interação de fatores. A definição número um completa a parte biológica. Entre as duas, a segunda me parece um pouco mais próxima daquilo que nós vemos. Idealmente, eu associaria à segunda definição alguns desses elementos da primeira (diminuição da reserva e resistência ou resposta diminuída aos estressores, capacidade de adaptação diminuída), talvez criando uma espécie de terceira

definição, mas completando ou tornando algumas coisas mais claras, alguns termos... Aglutinando as duas, a definição poderia ser assim: “uma síndrome decorrente da interação de fatores, caracterizada pela diminuição da reserva, causando vulnerabilidade e com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas”, mas ainda ficaria incompleta. Não é possível se definir fragilidade em quatro linhas, acho que não é suficiente.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3 (Resposta: 2).

Eu optaria pela segunda e não precisaria complementar. Se eu visse essa definição em algum trabalho, ficaria bem claro para mim o que é fragilidade.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 4 (Resposta: 8).

IDÉIA CENTRAL: Qual é o conceito de fragilidade?

Eu não sei se eu estou sabendo qual é o conceito de fragilidade. Será que frágil é o indivíduo que não consegue se cuidar sozinho? Estou questionando esse conceito de fragilidade – o que é ser frágil? É não suportar as dificuldades da vida, é estar muito doente e depender de alguém, é não ter condição pra bancar seu tratamento, cada uma dessas coisas separadas, ou todas elas juntas? Eu estou tentando entender que é algo que deixa o indivíduo vulnerável, vulnerável a não conseguir viver bem o dia-a-dia dele, não conseguir cuidar de si ou depender dos filhos ou de outras pessoas, ou o abandono ... Precisaria pensar muito. Eu acho que as duas podem ser modificadas para encaixar aquilo que eu estou entendendo. Eu estou falando como eu entenderia porque eu conheço idosos que não morreram frágeis – morreram firmes. Eu conheço também pessoas que demoraram para morrer e ficaram no respirador, na UTI e não sei onde. Então, eu não sei ...

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 5 (Resposta: 12)

IDÉIA CENTRAL: A fragilidade não é uma síndrome, mas sim um estado.

Eu não sinto a fragilidade como uma síndrome e sim como um estado. É um estado que pode permanecer ou pode perdurar a vida inteira. Então, essas são definições que explicam algumas coisas do estado de fragilidade, mas não chegam a ser uma definição ... Como eu posso dizer? Que você lê e fala: é isso! Você entende?

Questão 10. Qual a importância do consenso de definição de fragilidade em idosos para a sua prática profissional?

- Eu acho muito importante. Muito importante porque você ter critérios estabelecidos, indicadores que nos apontem “esse indivíduo é idoso frágil”, nos apontam para ações mais imediatas que devem ser tomadas, tanto no âmbito individual como no âmbito familiar, recursos disponíveis no local de moradia que você pode acionar, disponíveis no local de moradia ou próximo à moradia como recursos do serviço. Eu acho que é muito importante porque você daria ... numa escala de prioridade por exemplo, seriam os idosos de prioridade para atendimento. A gente acaba adotando isso sem utilizar muito isso aí, por exemplo, aqui no ambulatório mesmo a gente tem os cadeirantes e os cadeirantes têm prioridade. Por que? Porque ninguém sabe ... eles talvez estejam mais frágeis ali, mas porque eles estão piores de saúde? Eu não sei, mas eles são cadeirantes ou estão em macas, então, eles têm prioridade de atendimento e é um indicador _ usar cadeira e estar de maca é, mas por que, será que está indicando isso? Então, eu acho que você ter critérios realmente facilita muito a tomada de decisões e implementação de ações para a prevenção e para a recuperação do que estiver afetado nele, de qualquer natureza.
- Eu acho que tem sim. Eu acho que definir isso aí é importante prá nós. Eu acho que prá todos os profissionais de saúde dessa área é importante ter uma definição, uma coisa importante.
- Olha, seria importante porque quem trabalha muito com idosos ainda consegue ter uma noção, mas as pessoas que não estão muito acostumadas, costumam relacionar a fragilidade com a desnutrição e a desnutrição seria uma consequência da fragilidade. Então, muitas vezes, os idosos são diagnosticados desnutridos, mas na verdade são frágeis. Seria importante para se ter, como vou explicar ... para se ter um parâmetro, uma definição certa para que a gente pudesse qualificar nessa categoria.
- Eu acho que sim. Acho que há necessidade inclusive para a gente tentar estabelecer critérios, para a gente estar acompanhando os idosos nesse ambulatório, por exemplo. Qual é a nossa finalidade? É a partir dos 60 anos, dos 70? Então, eu acho que prá dirigir um tratamento mais especializado ou pesquisas mais dirigidas, eu acho que vale a pena sim.

Hoje, ainda é discutível a questão desses critérios, mas eu acho que vale a pena a gente continuar estudando para tentar fazer os critérios. Eu acho que é importante sim.

- Seria excelente. Veja, você me trouxe aqui essas duas definições e a partir do momento que eu consigo caracterizar a fragilidade como uma entidade clínica, como uma síndrome clínica, eu tenho esses elementos melhor visualizados, mais palpáveis concretamente, eu posso investir principalmente na prevenção. E aí, um breve acréscimo _ eu acho que nós temos de um lado o papel do geriatra que seria o de diagnosticar a síndrome e o papel do profissional de saúde que tem a visão gerontológica, a meu ver muito mais abrangente que poderia atuar desde o início do curso da vida no sentido de prevenir essa síndrome. A relevância maior está na prevenção.
- Olha, eu acho que é importante que se tenha um consenso, mas esse consenso serviria realmente para as pesquisas. Se você vai trabalhar em cima de tal visão, de um lado ... se você pega por exemplo, uma definição como você me mostrou de uma lado mais médico, mais clínico, sua pesquisa vai ser em cima desse lado e você vai focar seus objetivos em cima da sua definição; mas se você vai trabalhar de uma maneira mais abrangente, sobre os fatores sociais, psicológicos, você vai com outro objetivo de pesquisa. É muito importante para a gente definir o que a gente quer. Na minha prática como psicóloga eu costumo enxergar não só a fragilidade, mas o envelhecimento em geral, eu tento ver de várias formas. A doença é uma delas e então ter essa noção mais abrangente das várias áreas é importante.
- É um assunto muito vasto prá você estudar, né? Porque você pode estudar de diversos ângulos. Olha, eu acho assim: para um ambulatório, para um serviço médico ... Você quer se restringir no idoso. Então, no idoso, eu acho que seria interessante até ter um questionário porque ajuda e preenche alguns protocolos que acabam refletindo um pouco isso. Tem questionário, por exemplo, de mini-mental que é o estado mental que avalia se está deteriorando e aí vai afetar a relação interpessoal; tem questionário de cuidados pessoais _ ver se a pessoa se cuida sozinha, se toma banho, é independente para cozinhar, etc. Então, talvez se tivesse algum questionário que pudesse expressar algum risco maior naquele paciente em termos de sobrevivência, de qualidade de vida ou até risco de suicídio_ porque eu acho importante pensar nisso, poderia ajudar o médico a detectar ou chamar a

atenção para alguma coisa que tivesse passado despercebido. Eu acho que tudo que não passar para a prática não é interessante. Se quem é geriatra puder perceber isso nesses pacientes, o grau de dependência, porque daí ele poderia ficar mais atento a alguma coisa que pudesse ser de mais risco. Eu nunca discuti com alguém o que é fragilidade. Eu estou supondo algumas coisas que eu vejo como sendo fragilidade, mas eu não sei se eu estou correta ...Na “reumato” tudo tem critérios: critérios para artrite reumatóide, critérios para espondilite e por que não para o “idoso frágil”? Para mim seria útil, eu acharia útil. Sabe por que? Porque com uma idéia dessa, um protocolo, você pode até montar estudos. Olha, o grupo que frequenta aqui é assim: vamos acompanhar 2, 3 anos esses pacientes, eles tiveram menos quedas, tiveram menos óbitos, viveram melhor com a família, tomaram menos anti-depressivo, tiveram menos insônia e assim vai ... e então, compara com um grupo mais saudável que frequenta o SESC. Foi diferente: O que aconteceu? Quais foram os piores eventos? Como eles reagiram a esses eventos mais trágicos? Superaram? Então para fazer comparações e até colocar isso na prática, pode ser que demore, mas eu acho interessante porque tanto o médico quanto quem trabalha mais com pesquisas, poderia usar esses dados para fazer levantamento e separar casos especiais que poderiam requerer mais a atenção da gente, monitorizar e até ter visita domiciliar se fosse o caso _ “olha essa família está precisando de mais auxílio, tem que dar uma olhada lá, tem isso que não funciona bem” ... e às vezes, até trabalhar com a família, com o cuidador. A finalidade sempre é a qualidade de vida, a gente quer que a pessoa viva mais o quanto ela tem que viver. Às vezes, ela toma remédio, mas não é só isso, tem outras coisas que não estão bem _ não está se alimentando, não se interessa por nada, a família vive brigando ... às vezes a opção é mesmo uma casa de repouso _ tem algumas que são boas e talvez lá o indivíduo se sinta até mais acolhido porque tem outras pessoas iguais a ele. Então, toda aquela pontuação que fosse para detectar quem é mais “vulnerável”, eu não sei se seria por aí e como fazer para melhorar isso, mas poderia ser útil tanto nas pesquisas quanto no dia-a-dia, na minha opinião. E aí vocês poderiam estudar especificamente aquilo que a gente vê de uma forma meio misturada porque a gente não consegue perceber itens que seriam importantes separadamente. De trabalhar esse conceito para as pessoas falarem a mesma língua, o que eu vou chamar de idoso frágil e talvez assim: o que é ser frágil e o que é estar frágil. Deve ser diferente porque pode ser que uma pessoa venha se fragilizando ao longo da vida e ela

já se torna um idoso mais frágil se chegar lá. Com as dificuldades, ela pode ter se tornado mais vulnerável ou mais forte_ tem pessoas que se fortalecem com as dificuldades, outras não. Às vezes, o indivíduo está relativamente bem, mas tem um evento que faz com que ele se torne extremamente frágil. Suicídio_ E é um indivíduo que chegou até aquela idade, deve ter tido uma história de vida ... Naquele momento, ele foi extremamente frágil, ele não agüentou aquilo mesmo no fim da vida. Tinha uma boa condição financeira e deixou os bens para o governo; então, ser é uma coisa e estar é outra e o estar pode ser muito grave ao ponto do indivíduo se suicidar. Será que existe alguém que não possa ser ou estar em algum momento assim, entendeu?

- Eu acho que seria de muita utilidade porque os profissionais poderão apontar um pouco mais o olhar para o idoso. Hoje tudo é da idade, tudo é porque ele é velhinho e a gente sabe que não é assim. A gente aplica alguns instrumentos, mas está tudo muito fragmentado_ então, funcionalmente, ele é assim, cognitivamente, ele é assado... É muito fragmentadinho e a gente não tem uma visão do idoso como um todo. Se a gente tivesse como definir a fragilidade e identificasse se o idoso está frágil ou não, acho que isso deixaria em alerta, frente à várias situações... por exemplo, um idoso hospitalizado: a partir do momento, que você usa um instrumento e ele se enquadra como frágil, a gente consegue voltar mais o olhar para ele, fazer algumas intervenções e impedir as consequências da fragilidade que são a doença, morte, baixa qualidade de vida. Para mim, seria muito importante uma definição de fragilidade. Para tirar também esse mito de que tudo é da idade e não tem o que fazer porque a gente sabe que muito é da senilidade e do envelhecimento mesmo, mas a gente sabe que tem muita coisa que são sinais, são alertas para o profissional que passa “batido” e às vezes, tem alguma afecção mesmo.
- Como entidade é importante porque a gente se baseia nisso para guiar a prática depois. interrupção (barulho de motor).Acho que para direcionar o olhar de todos os profissionais porque a gente tem pontos de vista diferentes. O médico, mesmo o geriatra tem um olhar um pouco mais orgânico, a enfermeira já tem um olhar mais integral, o psicólogo ... então, cada profissional talvez encontrasse nessa definição consensual de fragilidade um guia para direcionar o olhar de outra forma e talvez ele não direcionasse só com o seu próprio conceito, com o conceito não retirado de um consenso de todos. Eu acho que sim, que a

definição é importante pelo que ela significa_ você compreende o que está colocado nela, você interpreta entendendo todos os pontos de vista, complementando o seu com os dos demais profissionais e então, você torna o seu olhar mais amplo, mais abrangente e quem sabe, menos preconceituoso.

- Acho muito importante. Porque enquanto não houver um consenso, muitos profissionais vão tratar ou vão ver a vulnerabilidade, desculpe, a fragilidade de formas distintas. Eles poderiam estar classificando ou caracterizando, enfim, uma pessoa frágil, um idoso como frágil quando efetivamente ele não é. Eu sinto que para fim de avaliação de tratamento e abordagem dessa pessoa, eu entendo que é importante esse consenso para que a gente tenha um conceito e possamos utilizar esse conceito para avaliar essa pessoa.
- Eu acho que essa discussão na sociedade, não só na equipe que trabalha, eu acho que é um comportamento social, cultural que tem que ser modificado. Então, essa discussão da fragilidade ... porque não significa que uma pessoa idosa, ela não apresente condições de discutir determinadas questões, de manter um diálogo com o jovem, com o adulto, porque como diz Cora Coralina, eu reúno todas as idades, eu tenho 85 anos, mas eu tenho o privilégio de ter vivido a infância, a adolescência, a fase adulta e a velhice que eu estou nela. Então, é uma concepção que tem que ser discutida porque ela não vem do senso comum porque o senso comum coloca os idosos sem condições de ... e a gente, por exemplo, sabe ... eu tinha uma relação com a minha mãe que a colocava no meu cotidiano das minhas coisas. Eu ia em um lugar fazer tal coisa e ela ia junto, mas no cinema ela dizia “eu não quero ir porque eu não enxergo mais, no cinema eu não tenho vontade; nem de assistir filme no vídeo em casa, mas leio o jornal, comento da política, mas tenho a minha opinião, mas estou em uma festa de aniversário conversando com todos os amigos, estou convivendo, estou ... vamos dizer ... viva”. Então, essa concepção da fragilidade tem que ser discutida em todos os níveis da sociedade, principalmente naqueles que trabalham diretamente que têm por obrigação ter essa discussão, sabe? Então, quando eles falavam: “Ah, ela sabe meu nome, nossa ela leu! ...” “Claro que ela leu o nome , no jaleco da auxiliar de enfermagem”. “Nossa ela leu”. “Leu. Por que?” Ela tem plena consciência _ de quatro dias, todo mundo falava, fazer uma cirurgia não volta consciente e ela abanou a mão para mim, sentada na UTI. Quando eu cheguei, não tinha feito ainda 24 horas de cirurgia.

Infelizmente, morreu porque é um corpo que já tinha seu limite. Infelizmente, né? Mas a todo momento eu a tratei como uma pessoa com vida, com opinião para as coisas. Então, eu acho que essa questão da fragilidade você não deve delegar mais fragilidade para o idoso, mas sim fazer com que ele enfrente esses limites fortalecendo ele. Então eu vejo que a discussão da fragilidade tem que ter uma compreensão mais ampla. Então, ela tem que ter uma discussão para justamente sair desse senso comum porque o senso comum é esse: o idoso tem o limite, ele não raciocina mais. Ele não consegue isso e isso e coitadinho, sempre o coitadinho, é o vovô, é a vovó e eu não acho que uma equipe de saúde deve tratar dessa forma. É a mesma coisa de chamar a professora de tia. A equipe tem que tratar: ô fulano porque a pessoa tem nome e tem a sua identidade e ela não é vovó de ninguém ali. Isso da identidade de uma pessoa é muito importante. Minha mãe tinha um apelido. O nome dela era XX, mas ela tinha o apelido de XX e foi a vida toda conhecida como XX e quando eles falavam XX, eu falava: “pode chamar de XX porque é a identidade dela”. Isso vai da forma como você se relaciona e essa forma que se relaciona é interessante sem nenhuma vamos dizer, sem nenhum convencimento da minha parte, mas eu também cuidei muito, sempre dei muita atenção para uma avó minha, a mãe da minha mãe e o meu pai também morreu muito idoso, com 93 anos completamente lúcido, fazendo o que queria. Pediu no último momento para fazer a barba e eu fiz a vontade dele, mesmo sabendo que ele estava para fazer um infarto e daí a meia hora ele fez, mas foi a vontade dele e pelo menos ele morreu barbeado que era o que ele queria. Então, essas coisas que eu acho que a gente precisa discutir nas equipes, porque eu acho que nas equipes de saúde, o que eu senti e que eu reclamei muito no hospital foi que a equipe de saúde precisa ser mais sensibilizada no trato com o idoso.

- Na verdade, eu sou um pouco aversa às classificações, aos padrões, aos estereótipos, aos padrões de comportamento e a isso ou aquilo. Isso para mim, no meu trabalho, na minha prática, não teria importância porque eu estou ali com o meu aluno e não estou ali para classificá-lo de frágil ou de demente ou classifica-lo disso ou daquilo. Eu estou ali para lhe proporcionar momentos em que ele possa sentir um pouco de prazer, sentir-se respeitado, sentir-se ouvido, sentir-se querido e isso para mim é o que basta. Essa parte para mim, vou até me emocionar ... desculpa. Essa parte toda conceitual, não que eu despreze, não é isso, mas prá mim, não diz muita coisa. Haja vista você com a experiência do seu trabalho

tentando buscar aqui uma definição, um conceito que na verdade poderia ser tão simples, mas não é. E por que não é? Porque nós somos seres únicos, cada um com um prisma, com prioridades de vida, com diferenças muito grandes e é muito difícil se chegar a um consenso. É muito difícil e eu acredito que nem se chegue a um consenso como é na minha área profissional o conceito de sedentário que também é um conceito muito difícil. Agora, para que dizer eu vou precisar desse conceito de fragilidade no meu trabalho se a minha proposta de trabalho não tem a ver com padrões, com conceitos ... não tem a ver com isso. Tem a ver com a tentativa de aproveitar alguns momentos da vida daquela pessoa e poder estar com ela dividindo momentos que também são ricos para mim porque nada é mais emocionante do que você estar do lado de pessoas que viveram a vida inteira e que têm tanto para contar e muitas vezes, não podem, não tem com quem dividir, se sentem isoladas porque já estão velhos, já estão “gagás”, já são isso ou aquilo e a pessoa já não representa mais nada. Então, no meu trabalho, a minha tentativa é de buscar essa pessoa e dela poder me enriquecer, entende? Por isso, para mim esse conceito não é importante. A minha proposta de trabalho vai além disso. Eu não menosprezo, de maneira alguma. Eu acho que é importante_ são conceitos que eu acho importantes inclusive para nós refletirmos a respeito porque muitas vezes, encontramos vários conceitos na literatura que não “batem” muito com a maneira como a gente pensa. Então, são outros prismas que nos fazem abrir nossos horizontes também para eles.

* * *

DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1 (Respostas: 2, 3, 9 e 10).

IDÉIA CENTRAL: Enquanto não houver um consenso, muitos profissionais vão ver a fragilidade no idoso de formas distintas.

É importante ter uma definição para direcionar o olhar de todos os profissionais porque a gente tem pontos de vista diferentes. O médico, mesmo o geriatra, tem um olhar um pouco mais orgânico, a enfermeira já tem um olhar mais integral, o psicólogo ... Cada profissional talvez encontrasse nessa definição consensual de fragilidade um guia para direcionar o olhar de outra

forma e, talvez, ele não direcionasse só com o seu próprio conceito. Enquanto não houver um consenso, muitos profissionais vão tratar ou ver a fragilidade de formas distintas. Eles poderiam estar classificando ou caracterizando um idoso como frágil quando efetivamente ele não é. A definição é importante pelo que ela significa_ você interpreta entendendo todos os pontos de vista, complementando o seu com os dos demais profissionais e então, você torna o seu olhar mais amplo e quem sabe, menos preconceituoso. É importante trabalhar esse conceito para as pessoas falarem a mesma língua no que eu vou chamar de idoso frágil. Talvez, o que é “ser frágil” e o que é “estar frágil” _ deve ser diferente porque pode ser que uma pessoa venha se fragilizando ao longo da vida e já se torna um idoso mais frágil se chegar lá. Com as dificuldades, ela pode ter se tornado mais vulnerável ou mais forte_ tem pessoas que se fortalecem com as dificuldades, outras não. Às vezes, o indivíduo está relativamente bem, mas tem um evento que faz com que ele se torne extremamente frágil.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2 (Respostas: 1, 5, 8 e 11).

IDÉIA CENTRAL: A relevância do consenso de fragilidade em idosos está na prevenção e na possibilidade de estabelecimento de critérios para definir prioridades no atendimento.

A relevância do consenso está na prevenção. A partir do momento que eu consigo caracterizar a fragilidade como uma entidade clínica, como uma síndrome clínica, eu tenho esses elementos melhor visualizados e posso investir principalmente na prevenção. Temos o papel do geriatra de diagnosticar a síndrome e o papel do profissional de saúde que tem a visão gerontológica e poderia atuar desde o início do curso da vida no sentido de prevenir essa síndrome. Acho que há necessidade da definição inclusive para a gente estabelecer critérios para acompanhar os idosos nesse ambulatório, por exemplo. A questão desses critérios ainda é discutível, mas vale a pena continuar estudando. Seria interessante até ter um questionário que pudesse expressar algum risco maior naquele paciente em termos de sobrevivência, de qualidade de vida ou até risco de suicídio. A finalidade é sempre a qualidade de vida e toda pontuação para detectar quem é mais “vulnerável” poderia ser útil, tanto nas pesquisas quanto no dia-a-dia. Os critérios facilitam muito a tomada de decisões e a implementação de ações para a prevenção e para a recuperação do que estiver afetado no idoso. Hoje, tudo é da idade, tudo é porque ele é “velhinho” e a gente

sabe que não é assim. Se a gente tivesse como definir a fragilidade e identificar se o idoso está frágil ou não, isso nos deixaria em alerta, frente às várias situações... Um idoso hospitalizado, por exemplo, a partir do momento que você usa um instrumento e ele se enquadra como frágil, a gente consegue voltar mais o olhar para ele, fazer algumas intervenções e impedir as consequências da fragilidade que são a doença, baixa qualidade de vida e morte. Para mim, seria muito importante uma definição de fragilidade para tirar também esse mito de que tudo é da idade e não tem o que fazer. A gente sabe que muito é da senilidade e do envelhecimento mesmo, mas tem muita coisa que são sinais, são alertas para o profissional que passam “batido” e às vezes, tem alguma afecção mesmo. Essa concepção da fragilidade tem que ser discutida em todos os níveis da sociedade para justamente sair desse senso comum.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 3 (Resposta: 12).

IDÉIA CENTRAL: Não preciso desse consenso no meu trabalho.

Essa parte conceitual, não que eu despreze, mas para mim, não diz muita coisa. Haja vista você com a experiência do seu trabalho tentando buscar aqui uma definição, um conceito que na verdade poderia ser tão simples, mas não é. E por que não é? Porque nós somos seres únicos, cada um com um prisma, com prioridades de vida, com diferenças muito grandes e é muito difícil se chegar a um consenso. É muito difícil e eu acredito que nem se chegue a um consenso. Agora, para que dizer “eu vou precisar desse conceito de fragilidade no meu trabalho” se a minha proposta de trabalho vai além disso. Eu não menosprezo, de maneira alguma. Eu acho que é importante_ são conceitos que eu acho importantes, inclusive para nós refletirmos a respeito porque muitas vezes, encontramos vários conceitos na literatura que não “batem” muito com a maneira como a gente pensa. Então, são outros prismas que nos fazem abrir horizontes.

Questão 11. Terminei de fazer as perguntas da entrevista e agradeço pela sua participação. Eu reservo esse tempo para o profissional comentar livremente sobre o tema. Se você deseja fazer alguma crítica, algum comentário, uma complementação ou dar sugestões, o tempo é seu. Caso você sinta que a sua participação já pode terminar, podemos encerrar a entrevista. Esse tempo é para você.

- Eu acho que é um tema extremamente novo e no nosso meio, pelo menos eu desconheço ... eu não estou trabalhando diretamente com isso, você sabe melhor do que eu, mas eu acho que a gente ainda carece de pesquisas dessa natureza sobre fragilidade. E não é só em idosos _ de maneira geral, as pessoas não utilizam muito ... em idosos, isso é uma questão forte e parece que ainda ... agora que se está começando a trabalhar com isso. Você _ eu acho que você está sendo uma pioneira. Parabênizo você por isso e eu acho que está partindo do caminho certo também que é estar construindo esse conceito a partir dessa prática e você está entrevistando as pessoas que estão na prática com esses idosos. E esse ambulatório também é considerado como o ambulatório do idoso frágil porque os critérios que foram adotados são: ter mais de 80 anos ou ser dependente para AVDs, ou apresentar demência, dentro do que a gente tem visto por aí da literatura que seriam alguns fatores que levam à fragilidade no idoso. Então, aqui é considerado o ambulatório de idoso mais comprometido, mais vulnerável, enfim, dentro dessas descrições. Então, eu acho que é muito interessante a sua pesquisa e você está de parabéns.
- Eu acho que a gente podia encerrar. Até prá mim abriu um novo horizonte. Eu vou pensar mais sobre isso _ eu acho que eu nunca tinha parado prá pensar tanto na fragilidade como uma questão assim, eu nunca tinha pensado muito. Eles estavam falando lá na sala e então eu comecei a pensar: fragilidade, se é frágil ou não ... e comecei a pensar assim ... Mas foi muito bom isso aí, tá legal.
- Eu acho que está bom.
- Eu acho que é importante também a gente definir fragilidade porque nós que estudamos gerontologia somos um grupo muito pequeno dentro dos profissionais de saúde. Então, até prá gente poder estar explicando a nossa função, a importância de estudar o idoso como sendo um indivíduo diferente. Eu acho que é importante a gente explicar para essas

outras pessoas e através da fragilidade mesmo poderia ser; porque ter profissionais com estudo dirigido para essas pessoas. Muita gente que não tem conhecimento nenhum na área acha uma bobagem. Eu conheço aqui mesmo na faculdade muita gente que, por falta de conhecimento, acha uma grande bobagem mesmo. Então, eu acho que se a gente partir da fragilidade para estar explicando é interessante. Acho que é um tema que engloba muito da gerontologia e da geriatria na hora que a gente vai explicar para alguém o que a gente está fazendo. Acho isso bem interessante.

- Não, eu já me estendi. Eu sou entusiasmada. Eu já me estendi e eu acredito que as questões que nós abordamos estão aí.
- A única coisa que eu gostaria de falar é que eu acho muito importante que se façam pesquisas na área de geriatria e de gerontologia porque eu acho que a gente carece muito disso mesmo e sobre o tema, quando você me disse “eu vou trabalhar com fragilidade no idoso”, na minha cabeça, a primeira coisa que veio era alguma coisa voltada bem para a área médica porque esse termo é da área médica _ o idoso frágil é aquele idoso que quebra o osso. Dentro da minha prática , a gente nem usa esse termo “fragilidade” e eu acho que é um termo que precisa ser bem definido. Então eu acho isso importante.
- Quero te fazer uma pergunta: se você já viu algum trabalho fora usando algum critério para isso, comparando pacientes ou idosos, alguém que tentou fazer algum questionário com itens que ele poderia classificar um idoso mais ou menos vulnerável e se ele já teve um resultado preliminar que talvez até tenha dado idéia prá você continuar nessa linha ou inovar nessa linha já que não tem nada, entendeu? Se eu identifico quem é frágil, de alguma forma eu tento proteger ou minimizar aquilo porque não adianta viver mais e viver mal. Então, vai ser um trabalho de identificar quem é frágil não só prá falar que ele está encaixado nesse conceito, mas para se atuar. Quem é que está com alguns indícios ... é como a gente tem uma escala para depressão, se o indivíduo tiver x itens daquela escala, ele está sujeito a encaixar no quadro depressivo e são pistas que a gente segue. Talvez a gente possa ter uma lista de pistas para a gente perceber por aqui ou por ali se esse indivíduo está mais susceptível a uma série de situações. Talvez isso seja possível em alguns casos e em outros não. Não se sabe ... Agora pode ser que alguns fatores seriam úteis no dia-a-dia no sentido de acompanhar mais de perto, dar mais atenção para aquilo,

ir percebendo. É o que a gente acaba vendo assim meio misturado no dia-a-dia, eu não sei se isso poderia ser melhor sistematizado para a gente dar ênfase em alguns pontos. Pelo menos estar atento que isso acontece e como lidar com isso, como interpretar isso até de uma forma mais homogênea entre as pessoas porque parece que não tem nada padronizado, eu não digo padronizado, mas que pudesse servir como um norteamento, aqui e aqui ... Eu não sei se você vai entrevistar outros profissionais que atuam na medicina privada ... Porque eu acredito que o universo seria diferente. Eu faço um pouco de consultório também, então na minha cabeça fica misturado o ambulatório com lá fora. São pacientes de nível social e cultural muito diferentes, mas se você perceber a essência das pessoas é a mesma, não muda muito. Às vezes, a pessoa até tem recursos, mas não consegue lidar com aquilo, aquilo passa a não ser importante ...

- ❑ Seria muito importante realmente ter uma definição, um meio de mensurar a fragilidade. Alguma coisa que a gente pudesse quantificar isso: se ele realmente é frágil, qual o nível de fragilidade, identificar o que o torna frágil prá poder intervir para que isso não se agrave, para que ele não se torne mais dependente, para que ele tenha um envelhecimento feliz. Se alguém, em algum lugar “bolasse” um instrumento desse tipo, seria bem interessante.
- ❑ Como eu não trabalho diretamente com fragilidade, eu acredito que não teria nada a complementar e mesmo sobre as questões, eu não tenho nada a observar.
- ❑ Bom, como eu disse para você no início, eu acho muito importante um trabalho como o seu pelas informações que ele vai trazer para a área da gerontologia e geriatria também. Acho que é importante mostrar o que as pessoas estão pensando sobre esse tema, porque a partir daí é possível que sejam implementados novos esforços para que a gente estude um pouco mais essa síndrome tão importante como é e quanto isso é preocupante para as pessoas idosas. Pode ser que nós estejamos tratando vários idosos fragilizados sem na verdade identificar que de fato eles estão fragilizados e que necessitam de outras abordagens que nós não estamos dando, outras intervenções. Então, eu vejo que um trabalho como este é bastante importante e com certeza vai contribuir bastante para que nós possamos atender melhor essas pessoas que nos procuram e que precisam dessa atenção. Acho que é isso. Boa sorte.

- Uma coisa que eu gostaria de enfatizar ainda em nível mais amplo é que eu acho que a nossa sociedade está tendo avanços, embora pequenos, mas nós temos o Estatuto do Idoso. Embora muitas coisas não estejam garantidas, mas você tem um parâmetro de direito. Você vê alguns serviços já colocando algumas coisas e garantindo uma proteção melhor para o idoso e então você vê alguns serviços de atendimento, prestação de serviço, você já vê um diferencial. Eu sinto também uma outra coisa: embora você tenha alguns comportamentos que digamos, ainda estão longe do ideal, você tem uma certa solidariedade da sociedade quando está com uma pessoa idosa em vários serviços de prestação de serviços, você vê a pessoa tendo certa solidariedade já com o idoso. Acho que falta muito para a nossa sociedade, mas eu acho que é um processo longo de luta, de garantia de direitos que você vê em outros países de primeiro mundo. Por exemplo, a questão do transporte_ o idoso aqui em Campinas jamais pode subir em um transporte. Assim como hoje você teria que ter transporte digno para todos, para todos. Por exemplo, como um idoso pode subir em um ônibus se eu que tenho 50 anos me equilibro dentro de um ônibus para não cair? Para atravessar uma rua, tem a violência no trânsito_ então, é um processo muito longo, é uma concepção de sociedade, de mudança de valores, de uma série de coisas. Então, isso tem que caminhar muito. Tem que caminhar essas questões todas que já foram colocadas, de equipe de saúde, de profissional e também nessa relação que essa equipe tenha com os cuidadores, com os familiares. Eu acho que isso tem que ser melhorado. Eu acho que isso tem que ter um preparo maior, porque tem muito de despreparo. Isso é para finalizar e eu mando para você por e-mail a música porque eu acho bonito o texto.

- Essa tua pesquisa é muito interessante em vários aspectos, mesmo que para mim o conceito em si não vá fazer diferença no meu trabalho pelas razões que eu já expliquei. Essa pesquisa pode trazer resultados muito interessantes principalmente porque você está lidando com profissionais de áreas distintas de saúde que têm abordagens diferentes com seus pacientes, com seus clientes e que trazem experiências diferentes e bem específicas. Então, eu percebo muito bem aqui no ambulatório de geriatria as formas diferentes de abordagens e o porquê delas. Tem todo um porquê dessas abordagens. O médico tem um tipo de abordagem, o fisioterapeuta tem outro, o fonoaudiólogo tem outro ... enfim, cada um deles tem uma abordagem diferente naquilo que lhe é ponto-referência. Quando você

mencionou fazer alguma crítica, eu acho um pouco difícil numa situação como essa. Crítica a que, por exemplo? O fato de você fazer uma pergunta que para mim não tem importância, eu acho que isso faz parte da sua pesquisa. Esse é um conceito que é importante para a sua pesquisa e eu acho que é um conceito importante também, mas ele não faz diferença no meu trabalho. Isso é diferente de “eu não quero saber de fragilidade”, não é isso. Ele não faz diferença na minha proposta de trabalho, mas é óbvio que no meu trabalho eu observo cada uma das pessoas que eu assisto. Eu observo, identifico uma série de coisas e muitas vezes, até me falham as identificações porque a gente não é completo. Mas dentro dessas observações, eu consigo, em alguns momentos, até enquadrar a minha concepção de “estar frágil” – aquela pessoa está vivendo um momento frágil. Por exemplo, quando você perde um ente querido, você se vê em uma situação fragilizada – você está em um estado de fragilidade onde muitas vezes, você tem recursos ou não para passar adiante dessa situação. Muitas vezes, você não tem, mas é um estado. Existem pessoas que são frágeis a vida inteira. Eu acredito que as pessoas mais sensíveis sofrem mais. Existem pessoas que têm uma sensibilidade muito exacerbada e que desde criança, você pode perceber que é uma pessoa que vai sofrer muito na vida porque é uma pessoa frágil. Você entende esse conceito de fragilidade? Quando se fala em fragilidade, a primeira coisa em que se pensa é no idoso, mas na verdade, não tem nenhuma relação, muitas vezes. Você pode encontrar uma criança de cinco anos frágil ou até menos. Não frágil de saúde, mas frágil nesse aspecto de ser uma pessoa extremamente sensível. Então, crítica eu não tenho nenhuma na sua maneira de conduzir a pesquisa, muito pelo contrário. Eu achei que foi bastante interessante e me sinto honrada de estar podendo participar porque eu acho que são passos que o profissional ganhou. É uma luta que a classe ainda tem que fazer para mudar uma série de estereótipos que ficaram marcados. Então, eu me sinto ... mesmo que não estivesse presente em algum lugar ou no código escrito que esse não é um profissional da saúde, eu não me importaria porque eu me sinto como um profissional da saúde.

APÊNDICE 8 – UMA QUESTÃO DE TRADUÇÃO

Neste estudo, os termos *frailty* e *frail elderly* são traduzidos para o português como fragilidade e idoso frágil sem o emprego de aspas²⁴. Ciente das implicações semântico-culturais dessa escolha, uma opção da pesquisadora seria o estrangeirismo, técnica legítima no processo de tradução quando há dificuldade de equivalência de significado do termo nos idiomas de fonte e de destino. *Frailty* e *frail elderly*, no entanto, não estão indicados para emprego de estrangeirismo por três razões: (1) por peculiaridades sócio-linguísticas, os conceitos *frailty* em inglês, *fragilité* em francês e *fragilidad* em espanhol não transmitem exatamente o mesmo significado nos três idiomas, mas fragilidade parece ser o termo adequado de aproximação inicial dessa condição de saúde em idosos; (2) a importação de *frailty* e *frail elderly* implica a transposição do conceito, conduta que para ser justificada requer pesquisas empíricas porque este conceito encontra-se em fase de construção; (3) os termos *frailty* e *frail elderly* não são novos, mas são recentes as pesquisas sistemáticas sobre o tema, sugerindo que o conceito pode estar em transição do senso comum em direção à investigação científica.

O conhecimento da dinâmica da linguagem fez com que a pesquisadora refletisse sobre o provável estigma relacionado aos termos fragilidade e idoso frágil. A repercussão incontável da fala no contexto sócio-cultural direciona o código linguístico de um grupo e o uso da expressão idoso frágil poderia reforçar estereótipos que associam o envelhecimento à fraqueza, vulnerabilidade, susceptibilidade e debilidade ... Uma consideração foi se as definições de *frailty* operacionalizadas em outros países poderiam ser aplicadas aos idosos brasileiros. Outro questionamento referiu-se à indicação ou não do uso de eufemismos, tais como: saúde frágil, saúde fragilizada, fragilização, idoso com saúde frágil, idoso fragilizado. Além disso, a pesquisadora pensa que seria rara a situação na qual um idoso classificaria a si mesmo como frágil.

Enfatiza-se o caráter provisório de escolha dos termos fragilidade e idoso frágil nesta publicação e a indicação de mudança ou a consolidação dos mesmos a partir de estudos posteriores. Há necessidade de pesquisas sobre o conceito de fragilidade, graus e dimensões da síndrome e

²⁴ Exceto na Introdução para ênfase aos termos.

possibilidades de validação de definições selecionadas para a população idosa no Brasil. Os resultados poderão demonstrar que a fragilidade expressa-se em dimensões individuais e sócio-culturais específicas nos idosos brasileiros. Discussões em grupos focais com idosos e profissionais de gerontologia e geriatria poderão demonstrar a necessidade ou não de um termo mais apropriado à condição. O conhecimento sobre as definições de fragilidade em idosos sob a perspectiva deles mesmos e dos profissionais de saúde é uma iniciativa nessa direção.