



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

D'Aquino Oliveira Teixeira, Ilka Nicéia  
Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 4, julho-agosto, 2008, pp. 1181-1188  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013414>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso \*

The perception of health professionals  
of two definitions of frailty in elderly people

Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira Teixeira <sup>1</sup>

**Abstract** *The objective of this study was to understand the perception of health professionals of two definitions of frailty in elderly people. The sample consisted of twelve health professionals, who work in a Geriatrics Ambulatory. The tools used for data collection were individual semi-structured interviews, and the questionnaire Definitions of Frailty, developed for that purpose. Data were organized and analyzed using the Collective Subject Discourse method, which consists of key-expressions, central-ideas and collective subject discourse. The results indicated that the health professionals have got difficulties to accept a one-dimensional definition of frailty, which is in accordance with the international literature. The six Central Ideas (CI) that emerged from the discourses were: 1) the definitions are complementary; 2) there is no potential for prevention; 3) defining frailty is a complex task; 4) what is the concept of frailty? 5) the multidimensional definition is complete; 6) frailty is a state that can last for life. The participants believe that these definitions complement each other, since frailty encompasses an interaction of biological, psychological, and social factors throughout the lifespan. Only one professional accepted the multidimensional definition as complete. Defining frailty is a rather complex task.*

**Key words** *Frail elderly person, Health of the elderly, Concept formation, Consensus, Health personnel*

**Resumo** *O objetivo desse estudo foi descrever as percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade em idosos. A amostra foi constituída de doze profissionais de saúde, integrantes da equipe de um ambulatório de geriatria. 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, que consiste em expressões-chave, idéias centrais e o Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados indicaram que os profissionais de saúde tiveram dificuldades para aceitar uma definição unidimensional de fragilidade, o que está de acordo com a literatura internacional. As seis Idéias Centrais emergentes foram: 1) As definições são complementares; 2) Não há potencial para prevenção; 3) Definir fragilidade é uma tarefa complexa; 4) Qual é o conceito de fragilidade? 5) A definição multidimensional está completa; 6) A fragilidade é um estado que pode perdurar. Os participantes consideraram que as definições são complementares porque fragilidade envolve uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida. Apesar um profissional aceitou a definição multidimensional como completa. Definir fragilidade é uma tarefa complexa.*

**Palavras-chave** *Idoso frágil, Saúde do idoso, Formação de conceito, Consenso, Pessoal de saúde*

\* Artigo baseado na dissertação “Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional”, defendida em 2006 na Universidade Estadual de Campinas.

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional (UFMG), Mestre em Gerontologia (Unicamp). Caixa Postal 166. 80011-970 Curitiba PR. ilkateixeira@netscape.net

## Introdução

Fragilidade é um termo utilizado por profissionais da gerontologia e geriatria para indicar a condição de pessoas idosas que apresentam alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte<sup>1</sup>. Entretanto, não há consenso sobre o significado de fragilidade e múltiplas definições têm sido utilizadas na literatura.

Hogan *et al*<sup>2</sup> classificaram 34 definições de fragilidade em três grupos: dependência nas atividades de vida diária (AVDs), vulnerabilidade e doenças. Markle-Reid e Browne<sup>3</sup> estudaram 42 artigos sobre o tema e classificaram as definições em dezoito grupos, incluindo: dependência nas AVDS; comprometimento dos mecanismos de homeostase, déficit cognitivo; doença crônica incapacitante; envelhecimento; diminuição da força muscular, mobilidade e equilíbrio.

Segundo Fried e Walston<sup>4</sup>, fragilidade é uma síndrome clínica que se caracteriza por redução da reserva e resistência diminuída aos estressores. A condição resulta do declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, tais como doenças, variações ambientais e acidentes.

Bergman *et al*<sup>5</sup> observam que fragilidade é uma entidade multidimensional, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e societais no curso de vida. Sob essa perspectiva, a história individual influencia a velhice, que pode ser frágil ou não, dependendo dos recursos e déficits pessoais em um contexto particular.

Alguns grupos de pesquisadores têm se destacado em trabalhos de operacionalização de fragilidade em idosos<sup>1, 6-8</sup>. Strawbridge *et al*<sup>8</sup> consideraram o domínio físico, nutricional, cognitivo e sensorial para validar uma definição multidimensional em uma amostra de 574 pessoas idosas. Fried *et al*<sup>1</sup> enfatizaram a dimensão física da síndrome em uma definição operacional, que propôs a existência de um fenótipo com cinco componentes: perda de peso não intencional, auto-relato de fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas e diminuição na velocidade da marcha. Guiley *et al*<sup>6</sup> também desenvolveram uma definição multidimensional e testaram os domínios, mobilidade, capacidade sensorial, energia, memória e auto-relato de problemas físicos, em uma amostra de 340 octogenários da comunidade.

Fried *et al*<sup>1</sup> têm ampliado o conhecimento da fragilidade física, identificando desde a condição de risco até o estágio severo da síndrome. No entanto, a expressão da fragilidade ultrapassa o

domínio físico. A característica multidimensional da entidade é confirmada em diversos estudos que reconhecem a inter-relação dos fatores biomédicos e psicossociais na incidência ou não dessa condição de saúde nos idosos<sup>3, 5, 9</sup>.

O conhecimento sobre fragilidade é limitado e ainda não foi estabelecido um significado científico para a entidade. Para ampliar e integrar o conhecimento sobre o tema, Hogan *et al*<sup>2</sup> sugerem a troca de informações entre pesquisadores de várias disciplinas que estudam os diferentes domínios da entidade. Seguindo a recomendação desses autores, este estudo investigou as percepções de doze profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade em idosos:

. Definição nº1: 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<sup>10</sup>.

. Definição nº 2: síndrome decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos, societais e sociais, ao longo do curso de vida, com potencial para prevenção, identificação e tratamento dos sintomas<sup>5</sup>.

## Método

Esta é uma pesquisa qualitativa, integrante de um estudo pioneiro no Brasil sobre fragilidade no envelhecimento, intitulado *Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional*. O objetivo do estudo original foi definir fragilidade, investigando conceitos, definições, características, consequências e critérios, segundo os profissionais de saúde. Neste artigo, são discutidas as percepções dos participantes sobre duas definições teóricas de fragilidade em idosos<sup>5, 10</sup>. Foi utilizada a definição teórica de Fried *et al*<sup>10</sup> e não a operacional<sup>1</sup>, porque o propósito não é avaliar parâmetros, mas contrapor a ênfase unidimensional à multidimensional.

A pesquisa foi realizada no ambulatório de geriatria pertencente a um hospital universitário de uma instituição pública de ensino superior, que não será identificada por respeito ao compromisso de manter o anonimato dos participantes.

A amostra foi intencional, observando-se três critérios de inclusão: 1) concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 2) possuir curso de graduação de nível superior; 3) atender idosos no am-

bulatório de geriatria ou em outra instituição onde também trabalhe. O critério de exclusão foi exercer atribuições exclusivamente burocráticas e não atender idosos na prática profissional.

Participaram do estudo todos os profissionais que integravam a equipe desse ambulatório, em março e abril de 2006, sendo: cinco docentes da instituição, dois funcionários do hospital, três acadêmicos de pós-graduação e dois profissionais voluntários. A amostra foi constituída por doze profissionais – quatro de enfermagem, três de medicina e um profissional de cada uma das disciplinas: educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. Em relação ao tempo de graduação, a faixa foi de 2 a 30 anos, sendo a média 18,5 anos. Os títulos de pós-graduação dos participantes foram: três com especialização, quatro com mestrado, quatro com doutorado e um com pós-doutorado. A prática profissional com idosos variou de 1 a 26 anos e a média foi de 10,26 anos.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram entrevistas semi-estruturadas gravadas e o questionário **Definições de Fragilidade**, desenvolvido especificamente para o estudo. As entrevistas foram orientadas por perguntas relacionadas aos objetivos do estudo maior, sendo duas questões tratadas neste artigo:

1. Eu gostaria de ouvir a sua opinião sobre cada uma dessas duas definições de fragilidade em idosos.

2. 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?

Os participantes não foram informados sobre a autoria das duas definições.

As entrevistas foram realizadas no hospital-escola, em uma sala de aula ou nas proximidades do ambulatório de geriatria, no período de 02 de março a 27 de abril de 2006. Antes de iniciar cada entrevista, foram descritos os objetivos da pesquisa e a forma de coleta de dados. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Consentimento para Gravação da Entrevista, o profissional foi convidado a expressar seus conhecimentos sobre fragilidade em idosos com base em questões orientadoras.

As informações foram transcritas e codificadas. O tratamento dos dados foi feito com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>11</sup>. Essa técnica de pesquisa qualitativa permite a organização e análise das entrevistas semi-estruturadas utilizando quatro figuras metodológicas: 1) an-

coragem – observada quando o discurso tem marcas lingüísticas explícitas de conceitos, ideologias socioculturais, hipóteses e teorias; 2) idéia central – sintetiza o conteúdo de cada depoimento em uma descrição precisa do sentido; 3) expressões-chave – são transcrições literais de fragmentos dos depoimentos, elaboradas a partir de trechos essenciais de cada resposta; 4) Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – é o discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, composto pela reunião das expressões-chave referentes às idéias centrais semelhantes ou complementares.

A construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) compreendeu as seguintes etapas:

- . 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, formando os Discursos do Sujeito Coletivo.

Cada respondente recebeu uma cópia da transcrição de sua entrevista e confirmou a fidelidade da redação aos relatos. A organização e a análise das informações foram lidas, conferidas e confirmadas por dois juízes independentes.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) em 21 de fevereiro de 2006.

## Resultados

Os resultados do questionário demonstram que dez profissionais concordaram com a definição multidimensional e oito com a unidimensional. Houve uma indicação de discordância para cada definição. Três respondentes indicaram posição neutra, sendo dois com referência à definição unidimensional e um em relação à multidimensional. A Tabela 1 apresenta o número de respondentes para cada definição.

Os dados das entrevistas geraram seis Idéias Centrais (ICs): 1) As definições são complementares; 2) Não há potencial para prevenção; 3) Definir fragilidade é uma tarefa complexa; 4) Qual é o conceito de fragilidade?; 5) A definição multidimensional está completa; 6) A fragilidade é um estado que pode perdurar. Os DSCs referentes às

**Tabela 1.** Opiniões sobre as definições.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | concordo<br>plenamente | concordo | neutro | discordo | discordo<br>totalmente |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|--------|----------|------------------------|
| 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*. |                        | 8        | 2      | 1        |                        |
| 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.                                                                                  | 1                      | 9        | 1      | 1        |                        |

\*Obs.: um participante não respondeu à questão 1.

percepções dos participantes sobre a definição unidimensional de Fried *et al*<sup>10</sup> – nº 1 e a multidimensional de Bergman *et al*<sup>5</sup> – nº 2 são apresentados na sequência.

#### Idéia Central 1 – 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 e 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.*

#### Idéia Central 2 – 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.*

#### Idéia Central 3 – Definir fragilidade é uma tarefa complexa

*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 envelhe-*

*cimento 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.*

#### **Idéia Central 4 – Qual é o conceito de fragilidade?**

*Estou questionando o 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 [...] Seria 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, não conseguir cuidar de si ou depender dos filhos ou de outras*

*pessoas, ou o abandono [...] Precisaria pensar muito. Eu estou falando como eu entenderia porque conheço idosos que não morreram frágeis – morreram firmes. Conheço também pessoas que demoraram para morrer e ficaram no respirador, na UTI e não sei onde. Então, eu não sei [...]*

#### **Idéia Central 5 – 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.*

#### **Idéia Central 6 – 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 perdurar a vida inteira.*

#### **Discussão**

Comparar definições não é um processo simples porque há especificidade de objetivos e diversidade nos parâmetros comparativos<sup>9</sup>. Neste estudo, as definições de Fried *et al.*<sup>10</sup> e de Bergman *et al.*<sup>5</sup> foram criticadas por não descreverem, com clareza, uma entidade de alta complexidade como fragilidade em idosos (Quadro 1).

**Quadro 1.** Críticas às definições de fragilidade.

| <b>Definição nº1:</b>                                            | <b>Definição nº 2:</b>                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Ênfase excessiva na dimensão física.                             | Perspectiva multiprofissional na gerontologia.                                          |
| Semelhança com o conceito de saúde (ausência de doença).         | Ênfase à etiologia multifatorial, instalação progressiva, história de vida e prevenção. |
| Definição de envelhecimento biológico.                           | Análoga ao conceito de saúde como conjunto de fatores biológicos e psicossociais.       |
| Acentua a vulnerabilidade, mas não indica os fatores.            | Coerência para explicar a heterogeneidade do envelhecimento.                            |
| Não define os termos reserva e resistência.                      | Justificativa para diferentes tipos e graus de fragilidade.                             |
|                                                                  | Exacerbação do potencial para a prevenção.                                              |
|                                                                  | Desconsidera a irreversibilidade da vulnerabilidade.                                    |
| Proposta: associação de elementos de ambas em complementaridade. |                                                                                         |

Alguns participantes concordaram que o componente físico da fragilidade é expresso por declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos e vulnerabilidade às condições adversas. A definição de Fried *et al.*<sup>10</sup> foi considerada excessivamente biológica e inadequada para descrever fragilidade, mas adequada para definir o envelhecimento. Os profissionais indicaram, no entanto, que a definição unidimensional pressupõe a universalidade da síndrome, reforçando o equívoco de que há uma relação diretamente proporcional entre declínio fisiológico das funções orgânicas e fragilidade. Vulnerabilidade foi aceita como uma condição que se acentua na velhice.

A associação entre envelhecimento, vulnerabilidade e fragilidade refere-se ao modelo que reconhece a fragilidade como fenômeno intrínseco ao envelhecimento e tem sido discutida em vários estudos, incluindo trabalhos de revisões<sup>2, 12-17</sup>. Segundo Lipsitz<sup>14</sup>, à medida que o organismo envelhece, ocorre uma redução na eficiência da dinâmica que possibilita respostas adequadas às perturbações internas e externas. Esse declínio causa dificuldades heterogêneas para enfrentar os estresses e manter a homeostase, sendo uma indicação de fragilidade.

Para Rockwood *et al.*<sup>12</sup>, a vulnerabilidade é uma condição que varia na população, tendendo a apresentar uma relação mais complexa com o envelhecimento, em idade avançada. Bortz<sup>13</sup> afirma que o potencial de reversibilidade por intervenções pode distinguir 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<sup>16, 2</sup>. Segundo Walston *et al.*<sup>17</sup>, 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. Há acordo de que os marcadores de fragilidade incluem declínios associados ao envelhecimento, tais como: força, *endurance*, equilíbrio, massa corporal magra, marcha e prática de atividade física<sup>16</sup>.

Neste estudo, a vulnerabilidade associada à velhice foi aceita pelos profissionais como um componente da fragilidade, mas foi observada a necessidade de descrição dos fatores aos quais o idoso estaria vulnerável. Esse resultado sugere que os participantes da pesquisa têm poucas informações sobre o constructo multidimensional e sobre as especificidades do modelo de síndro-

me clínica referente à operacionalização do fenótipo de fragilidade. A vulnerabilidade às consequências adversas como componente essencial de fragilidade tem sido analisada em vários trabalhos, incluindo Hogan *et al.*<sup>2</sup>, Bergman *et al.*<sup>5</sup>, Rockwood *et al.*<sup>12</sup>, Bortz<sup>13</sup>, Fried *et al.*<sup>16</sup>, Walston *et al.*<sup>17</sup> e Ferrucci *et al.*<sup>18</sup>.

Hogan *et al.*<sup>2</sup> advertem que, embora aceito em termos gerais, há críticas sobre o conceito de fragilidade como vulnerabilidade. Essa condição, intrínseca à existência humana, é constatada somente após a não superação das consequências do evento ao qual a pessoa foi submetida. Questiona-se também quais seriam as diferenças entre a vulnerabilidade que os clínicos e pesquisadores mencionam e os conceitos de fragilidade considerados ultrapassados<sup>2</sup>.

Referindo-se à definição de Bergman *et al.*<sup>5</sup>, os profissionais reconheceram a importância da atuação multidisciplinar no atendimento à saúde do idoso. Houve destaque para a pertinência de três características de fragilidade: etiologia multifatorial, possibilidade de prevenção e instalação progressiva no curso da vida.

Os participantes fizeram uma analogia entre a definição unidimensional e o conceito, já ultrapassado, de saúde como ausência de doença. Segundo os profissionais, uma provável definição de fragilidade não pode estar restrita ao domínio físico, mas deve abranger fatores psicossociais no contexto individual de história de vida, incluindo o acesso aos serviços de saúde e as condições de trabalho e alimentação.

Associações entre o estilo de vida pessoal e a fragilidade têm sido demonstradas em pesquisas que inserem variáveis tais como: *status socioeconômico*, estado nutricional, nível educacional, prática de exercícios físicos e participação em atividades sociais. No estudo de Woo *et al.*<sup>19</sup>, os resultados indicaram maior grau de fragilidade nos homens com ocupações não burocráticas, salário insuficiente para suprir as despesas, pouca ou nenhuma prática de exercícios físicos, baixa freqüência de assistência a terceiros e poucos parentes ou vizinhos. Nas mulheres, a freqüência reduzida de contato com os parentes e a ausência de participação nas atividades comunitárias foram fatores relacionados à síndrome. Woo *et al.*<sup>19</sup> concluíram que a fragilidade deve ser analisada sob a perspectiva multidimensional, pois os fatores ambientais e sociais podem ser determinantes da síndrome.

A definição de Bergman *et al.*<sup>5</sup> foi considerada a mais próxima da realidade, mas foi criticada por ser tendenciosa ao extremo positivo do

envelhecimento. Os profissionais entrevistados observaram que há um momento no qual a vulnerabilidade torna-se irreversível – o potencial para prevenção fica limitado, mas existe 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<sup>4, 16, 17</sup>. Esse último estágio caracteriza um processo de declínio irreversível, marcado por quedas, distúrbios metabólicos, distanciamento das atividades sociais, úlceras de pressão, desnutrição e perda progressiva de peso corporal, indicada por redução de massa no tecido adiposo e muscular<sup>20</sup>.

Alguns participantes afirmaram que o momento para a construção de uma definição ainda não está adequado. Entretanto, Fried *et al.*<sup>16</sup> argumentam que as limitações no conhecimento sobre o tema não desconsideram a utilidade de definições amplas que possibilitem a identificação das pessoas em risco de desenvolver a síndrome.

Os profissionais observaram a característica de complementaridade entre a dimensão física e psicossocial da fragilidade. A partir da associação de componentes das duas definições, foram delineadas três prováveis definições teóricas:

. 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 fatos caracterizada pela diminuição da reserva, causando vulnerabilidade e com potencial para pre-

venção, 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.

O consenso de que fragilidade é uma condição multifatorial de vulnerabilidade pode ser o ponto inicial para a crítica às definições propostas<sup>9</sup>. Neste estudo, foram discutidas as opiniões dos profissionais de saúde sobre a ênfase unidimensional e multidimensional de duas definições de fragilidade em idosos.

Com exceção de um profissional que considerou completa a definição multidimensional, os entrevistados criticaram as duas definições. A sugestão foi que a complementaridade entre os conteúdos tornaria uma definição mais próxima do conceito de idoso frágil. Os resultados deste estudo, principalmente a ênfase na característica multidimensional da síndrome, são confirmados na literatura internacional<sup>6, 8, 21, 22</sup>. Os dados, no entanto, aplicam-se exclusivamente à amostra constituída pelos doze profissionais entrevistados e não podem ser considerados representativos das percepções dos profissionais de saúde que atuam em geriatria e gerontologia no Brasil. Considerando-se que esta pesquisa foi pioneira no país, não foram encontrados estudos com os mesmos objetivos que permitissem uma análise comparativa dos resultados por ocasião da discussão dos mesmos.

## Conclusão

Fragilidade no envelhecimento é um conceito que não está delimitado. Os constructos geram discussões entre os profissionais de saúde, mas os participantes deste estudo concordaram que a entidade é multifatorial e multidimensional. A dificuldade para descrever fragilidade indica a necessidade de pesquisas no âmbito clínico-científico do contexto sociocultural brasileiro. O conhecimento advindo de estudos específicos sobre o tema possibilitará a aproximação de uma definição consensual.

## Referências

1. Fried LP, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56A(3):M146-156.
2. Hogan D, Macknight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15(3)(suppl):2-29.
3. Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J Adv Nurs* 2003; 44(1):58-68.
4. Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard W, Reubin A, editors. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 1387- 1402.
5. 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]. *Gerontol Soc* 2004; 109:15-29.
6. Guillet E, Armi F, Ghisletta P, Spini D, Lalive D'Epina C. Vers une définition opérationnelle de la fragilité. *Med Hyg* 2003; 61(2459):2256-2261.
7. Rockwood K, Stadnyk K, Macknight C, McDowell I, Hebert R, Hogan D. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet* 1999; 353:205-206.
8. Strawbridge W, Shema S, Balfour J, Higby H, Kaplan G. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53(1):S9-16.
9. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(6):1069.
10. Fried L, Ferrucci L, Darer J, Williamson J, Anderso G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Geriatr Biol Sc Med Sc* 2004; 59(3):255-263.
11. Lefevre F, Lefevre A. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa* (desdobramentos). 2<sup>a</sup> ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.
12. Rockwood K, Hogan D, Macknight C. Conceptualization and measurement of frailty in elderly people. *Drugs Aging* 2000; 17:295-302.
13. Bortz WM. A conceptual framework of frailty: a review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57:M283-M288.
14. Lipsitz L. Physiological complexity, aging, and the path to frailty. *Sci Aging Knowl Environ* 2004; (16):16-21.
15. Walston J. Frailty: the search for underlying causes. *Sci Aging Knowl Environ* 2004; 4:pe4.
16. Fried L, Hadley E, Walston J, Newman A, Guralnik J, Studenski S, Haris T, Ershler B, Ferrucci L. From bedside to bench: Research agenda for frailty. *Sci Aging Knowl Environ* 2005; (31):24.
17. Walston J, Hadley EC, Ferrucci L, Guralnik JM, Newman AB, Studenski SA, Ershler WB, Harris T, Fried LP. 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* 2006; 54:991.
18. 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. *Crit Rev Onc Hem* 2003; 46:127-137.
19. Woo J, Goggins W, Sham A. Social Determinants of Frailty. *Gerontology* 2005; 51:402-408.
20. Fried LP, Walston J. Chapter 464. Approach to the Frail Elderly Patient. In: Humes HD. *Kelley's Textbook of Internal Medicine*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. [acessado 2005 28 Out]. Disponível em: <http://www.mitchell-tapping.com/medical/anesthesia%20books/content/2/02000000.htm>
21. Rockwood K. What would make a definition of frailty successful? *Age Ageing* 2005; 34:432-434.
22. Morley J, Perry H, Miller D. Something about frailty. *J Gerontol* 2002; 57A(11):M698-M704.

Artigo apresentado em 30/03/2007

Aprovado em 17/09/2007

Versão final apresentada em 31/05/2008