

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS CRITÉRIOS PARA INDICAR FRAGILIDADE NO IDOSO

Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira Teixeira¹

TEIXEIRA, I. N. D. O. Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v. 12, n. 2, p. 127-132, maio/ago. 2008.

RESUMO: Esta pesquisa qualitativa investigou os critérios para identificar os idosos frágeis, sob a perspectiva de doze profissionais de saúde de um Ambulatório de Geriatria que pertence a um hospital universitário do estado de São Paulo. A amostra foi constituída por quatro enfermeiros, três médicos e um profissional de cada uma das áreas: educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. Os instrumentos de coleta de dados foram entrevistas individuais semi-estruturadas e o questionário Definições de Fragilidade. Os dados foram organizados e analisados, utilizando o Discurso do Sujeito Coletivo. As duas Idéias Centrais (ICs) que emergiram dos discursos foram: (1) A concordância sobre o conceito de fragilidade precede o desenvolvimento de critérios; (2) Os critérios de fragilidade devem ser multidimensionais. Os participantes do estudo mencionaram critérios diferentes de fragilidade, incluindo: vulnerabilidade, incontinência urinária, sarcopenia, dependência nas AVDs, problemas familiares, demência, perda do sentido da vida, redução do bem-estar subjetivo, perda de pessoas queridas, institucionalização, déficit cognitivo, doenças, sintomas depressivos, condição sócio-econômica desfavorável e solidão. Os resultados indicaram que não houve consenso sobre os critérios para identificar os idosos frágeis.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso fragilizado; Saúde do idoso; Formação de conceito; Consenso; Pessoal de saúde.

HEALTH PROFESSIONALS' PERCEPTIONS OF THE CRITERIA TO INDICATE FRAILTY IN THE OLDER PERSON

ABSTRACT: This qualitative research investigated the criteria for recognizing frail older persons according to twelve health professionals from a Geriatrics Ambulatory of a university hospital in the state of São Paulo. The sample consisted of four nurses, three physicians, a physical educator, a physical therapist, a nutritionist, a psychologist, and a social worker. The data gathering instruments were individual semi-structured interviews, and the Definitions of Frailty questionnaire. Data were organized and analyzed by applying Collective Subject Discourse. The two Core Ideas (CIs) from the discourses were: (1) The agreement on the concept of frailty precedes the developing of criteria; (2) The criteria for frailty should be multidimensional. The participants of the study mentioned different criteria of frailty, including vulnerability, urinary incontinence, sarcopenia, with ADLs dependence, familiar issues, dementia, meaningless life, low subjective well-being, grieving the loss of loved ones, institutionalization, cognitive impairment, diseases, depressive symptoms, low socioeconomic status, and loneliness. The results indicated that there was no consensus on the criteria to identify frail older persons.

KEYWORDS: Frail elderly; Health of the elderly; Concept formation; Consensus; Health personnel.

Introdução

O termo "idoso frágil" foi utilizado oficialmente por membros do *Federal Council on Aging* (FCA) dos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1970. O propósito era descrever o idoso que vivia em condições sócio-econômicas desfavoráveis e apresentava fraqueza física e déficit cognitivo. Em 1978, o FCA estabeleceu dois critérios para a implementação de cuidados aos idosos frágeis: ter idade igual ou superior a 75 anos e necessitar de assistência para a realização de atividades do cotidiano (HOOI; BERGMAN, 2005).

Segundo Puts et al. (2005), duas das primeiras definições que utilizaram critérios para identificar os idosos frágeis foram escritas em 1991. A primeira, de Winograd et al. (1991), propôs que para ser considerado frágil, o idoso deveria preencher um dentre vários critérios, incluindo doença crônica incapacitante, estado de confusão mental, depressão, quedas, incontinência urinária, desnutrição, úlcera de pressão e problemas sócio-econômicos. A segunda, de Speechley e Tinetti (1991), indicou que a fragilidade é observada quando estão presentes no mínimo quatro das seguintes características: idade igual ou superior a 80 anos, depressão, instabilidade no equilíbrio e na marcha, uso de sedativos, redução da força muscular dos ombros e dos

joelhos, instabilidade nos membros inferiores e déficit da função visual.

Raphael et al. (1997) explicam que fragilidade é uma entidade multidimensional. O início e o curso da síndrome são afetados por fatores pessoais de natureza cognitiva, psicológica, física e espiritual e, ainda, por fatores ambientais, de ordem financeira, interpessoal, legal e institucional. Strawbridge et al. (1998) afirmam que a condição de fragilidade pode resultar da interação entre recursos e perdas de capacidades, que tornam o idoso mais vulnerável aos desafios ambientais. Por essa razão, os critérios utilizados nas definições devem ser múltiplos e incluir dependência funcional, déficit cognitivo, rede de suporte social e dificuldades impostas pelo ambiente.

Com ênfase na perspectiva biológica, Fried et al. (2001) propuseram a existência de um fenótipo da fragilidade, com cinco componentes mensuráveis: 1) perda de peso não intencional $\geq 4,5$ kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal no último ano; 2) exaustão, indicada por auto-relato de fadiga, avaliada 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 realização de atividade física, medido pelo dis-

¹Terapeuta Ocupacional; Mestre em Gerontologia; Profissional autônomo.

Endereço de correspondência: Caixa postal 166, 80011-970 – Curitiba, PR, (41) 3398-1656, e-mail: ilkateixeira@netscape.net

pêndio semanal de energia em kcal (com base no auto-relato das atividades e exercícios físicos praticados) 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.

Morley, Perry e Miller (2002) consideram que a fisiopatologia da fragilidade pode ser agravada por fatores sociais, tais como: renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social. Hogan, Macknight e Bergman (2003) observam que os critérios utilizados nas definições de fragilidade são diversos, variando conforme os objetivos dos estudos para os quais foram propostos. Em trabalho de revisão de literatura, esses autores identificaram 30 critérios, incluindo déficit cognitivo, incontinência urinária, dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária (AVDs e AIVDs), desnutrição, osteopenia, declínio da capacidade funcional, anemia, idade avançada, institucionalização, pneumonia e auto-relato de saúde precária.

Markle-Reid e Browne (2003) reforçam que o fator social pobreza influencia a saúde dos idosos. Rockwood (2005a, 2005b) salienta a característica multidimensional da entidade, observando que a inter-relação dos fatores biomédicos e psicossociais pode determinar a incidência ou não de fragilidade.

A prevalência da fragilidade em uma população de idosos depende dos critérios utilizados nas avaliações. O problema é que não há concordância sobre quais seriam esses parâmetros. Uma meta do conhecimento científico é o distanciamento máximo de ambigüidades referentes aos conceitos. Nesse processo, ocorre a exigência do estabelecimento de critérios para as definições de fragilidade em idosos. O estabelecimento de critérios de fragilidade é importante, porque beneficiará os idosos que se encontram em uma condição subclínica da síndrome, pela implementação de medidas preventivas. Para os indivíduos que estão em estágios avançados de fragilidade, critérios específicos de avaliação influenciarão a conduta terapêutica a ser adotada pelos profissionais de saúde. Nesse caso, o objetivo consiste em adiar ou, em última instância, amenizar as conseqüências adversas, resultando em melhores prognósticos para a preservação da capacidade funcional dos idosos.

O objetivo deste artigo é apresentar os critérios utilizados nas definições de fragilidade em idosos sob a perspectiva de 12 profissionais de saúde, integrantes de um Ambulatório de Geriatria de um hospital universitário público no estado de São Paulo.

Materiais e métodos

Este é um estudo exploratório com emprego do método qualitativo, que é parte integrante de uma pesquisa pioneira no Brasil sobre fragilidade em idosos, intitulada "Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional" (TEIXEIRA, 2006). O objetivo da pesquisa original foi definir a fragilidade

em idosos, investigando conceitos, definições, características, conseqüências e critérios, segundo os profissionais de saúde. Este artigo trata exclusivamente dos critérios para identificar os idosos frágeis.

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

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Geriatria, pertencente ao hospital universitário de uma instituição pública de ensino superior do estado de São Paulo, que não será identificada por respeito ao compromisso de manter o anonimato dos participantes. Conforme informações afixadas na sala de estudos do ambulatório, os critérios para atendimento nesse local incluem:

Idade mínima de 80 anos ou entre 60-80 anos, caso preencha pelo menos uma 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 e perda de peso recente (Ambulatório de Geriatria).

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 Ambulatório 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 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 12 profissionais – quatro de enfermagem, três de medicina e um profissional de cada uma das áreas: 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 a pesquisa (TEIXEIRA, 2006). As entrevistas foram orientadas por perguntas relacionadas aos objetivos da pesquisa maior. Somente as respostas à questão "Quais são os critérios para definir fragilidade em idosos?" são tratadas neste artigo.

O questionário *Definições de Fragilidade* foi

baseado no fenótipo de fragilidade (FRIED et al., 2001) e no constructo multidimensional de fragilidade da *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (BERGMAN et al., 2004). Somente as respostas ao domínio “Crítérios” do questionário são tratadas neste artigo. Os interessados em conhecer esses instrumentos na íntegra, podem consultar a referência no endereço eletrônico < <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000401408> >.

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 nas questões propostas.

As informações foram transcritas e codificadas. O tratamento dos dados foi feito com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). Essa técnica de pesquisa qualitativa permite a organização e análise das entrevistas semi-estruturadas, utilizando quatro figuras metodológicas: 1) ancoragem – observada quando o discurso tem marcas lingüísticas explícitas de conceitos, ideologias sócio-culturais, 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 que é redigido na primeira pessoa do singular, sendo 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 fidedignidade da redação aos relatos. A organização e a análise das informações foram lidas, conferidas e confirmadas por dois juízes independentes.

Idéia Central 1: A concordância sobre o conceito de fragilidade precede o desenvolvimento de critérios.

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 e sociais. Por enquanto, a avaliação gerontogeriatrica abrangente mostra um pouco desse perfil do idoso e aponta para a maior vulnerabilidade, maior risco de exposição aos agravos não somente físicos, mas sociais e emocionais. 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, e estar apresentando sintomas depressivos são indicadores que nos mostram caminhos.

Idéia Central 2 – Os critérios de fragilidade devem ser multidimensionais.

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 o idoso se relaciona com a comunidade, se tem uma vida fora de casa, as atividades diárias, se ele tem uma doença a nível psicológico... porque você pode ficar muito frágil por um problema psicológico. Doenças ou não seria um critério; 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 à maior probabilidade de ficar dependente. Observa-se 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 utilizem apenas critérios do ponto de vista fisiológico. Os papéis sociais e as relações familiares são também de grande importância. Um indivíduo que some mais perdas do que ganhos e que tenha dificuldade de suplantá-las, 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.

Os resultados do questionário indicaram três critérios de maior concordância entre os participantes: vulnerabilidade, comorbidade e dependência nas AVDs e AIVDs. Institucionalização e redução das atividades sociais foram os critérios de maior discordância. Número de internações hospitalares foi o item de maior indicação de posição neutra. A Tabela 1 apresenta o número de respondentes para cada critério.

Tabela 1: Critérios para definições de fragilidade.

Critérios	Concordo plenamente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo totalmente
Dependência AVDs e AIVDs.	4	4	2	1	
Vulnerabilidade	5	6			
Comorbidade	4	5	2		
Idade avançada	2	5	2	2	
Nº de hospitalizações	1	6	3	1	
Institucionalização		4	2	4	
Poucas atividades sociais	2	4	2	3	

Obs.: Dois participantes não indicaram o item "Institucionalização". Um participante não respondeu o domínio CRITÉRIOS do questionário.

FONTE: TEIXEIRA, 2006, p.56.

Discussão

Segundo Hogan, Macknight e Bergman (2003), três critérios importantes utilizados nas definições de fragilidade são: vulnerabilidade, dependência nas AVDs e comorbidade. Neste estudo, os resultados foram coerentes com a literatura, pois vulnerabilidade, dependência e comorbidade foram também os critérios de maior concordância entre os respondentes (Tabela 1).

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) foi citada pelos respondentes do presente estudo 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; MONEGO, 2003). Segundo Espinoza e Walston (2005), embora a AGA não seja de aplicação exclusiva para idosos frágeis, esses se beneficiam da mesma. 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, os participantes mencionaram alguns componentes do fenótipo e do ciclo de fragilidade: sarcopenia, anorexia, perda de peso, fraqueza e maior probabilidade de ficar dependente. Os respondentes observaram também que a perda de peso e a redução da força de preensão são medidas utilizadas na gerontologia e geriatria. Fried et al. (2005) reforçam que esses fatores são critérios de fragilidade. Segundo esses autores, a inter-relação dos critérios 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.

Os participantes deste estudo consideraram a característica multidimensional da fragilidade, enfatizando a necessidade de critérios psicossociais para definições da entidade, incluindo: sintomas depressivos, redução do bem-estar subjetivo, condição sócio-econômica desfavorável e isolamento social (Quadro 1).

Quadro 1: 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 urinária	Redução das relações sociais
Sarcopenia	Dificuldade de suplantar perdas biológicas, sociais, psicológicas
Baixo índice de massa corporal	Redução do 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

FONTE: TEIXEIRA, 2006, p.70.

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

Os relatos dos participantes deste estudo estão em concordância com o estudo de Puts et al. (2006). Para investigar o conceito de fragilidade entre um grupo de idosos, esses autores entrevistaram 25 homens e mulheres (14 não frágeis e 11 frágeis), com idade entre 67 e 90 anos de idade, residentes em Amsterdan, Holanda. Os resultados da pesquisa de Puts et al. (2006) sugeriram que o conceito de fragilidade é percebido de maneira subjetiva pelos idosos, que observam a aparência física, problemas cognitivos e participação social. Os sujeitos da pesquisa de Puts et al. (2006) consideraram que a marcha instável e a necessidade de tecnologia assistiva são critérios físicos de fragilidade, porque representam riscos para fraturas e dependência de terceiros. Pessimismo, insatisfação com a vida, medo de quedas, medo de assalto e preocupação com a preservação da integridade cognitiva são critérios subjetivos.

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 urinária), enquanto o segundo excluiu os indivíduos com déficit cognitivo severo do modelo. A justificativa foi que condições clínicas da síndrome podem emergir como conseqüências da demência e confundir os resultados. Parece, no entanto, haver concordância entre alguns autores, de que, por estar associado à fragilidade, o déficit cognitivo deve ser incluído como critério nas definições operacionais (FRIED et al., 2001; MORLEY; PERRY; MILLER,

2002; HOGAN; MACKNIGHT; BERGMAN, 2003; PUTS et al., 2006). Para Walston et al. (2006), futuras pesquisas devem analisar a aplicabilidade de uma definição de fragilidade como entidade única, com critérios unidimensionais, em comparação às várias definições de vulnerabilidades, fraquezas, instabilidades e limitações individuais.

O propósito deste estudo foi identificar os critérios utilizados nas definições de fragilidade em idosos. Os resultados indicaram que não há coerência sobre os critérios. Essa incongruência tem sido confirmada por vários autores na literatura internacional, que criticam a subjetividade na identificação dos idosos frágeis (HOGAN; MACKNIGHT; BERGMAN, 2003; FRIED et al., 2005; ROCKWOOD, 2005a; ROCKWOOD, 2005b; WALSTON et al., 2006).

Conclusão

Os participantes deste estudo ressaltaram que a concordância sobre o conceito da fragilidade deve preceder o estabelecimento de critérios para a identificação dos idosos frágeis. Os discursos enfatizaram a dimensão biopsicossocial da síndrome, com o argumento de que essa condição de saúde deve ser avaliada por instrumentos multidimensionais.

Os resultados sugeriram que não há critérios aceitos, de maneira uniforme, entre os profissionais entrevistados. Os dados tenderam para a subjetividade, envolvendo processos correlatos, tais como: vulnerabilidade, incontinência urinária, sarcopenia, dependência nas AVDs, problemas familiares, demência, perda do sentido da vida, redução do bem-estar subjetivo, perda de pessoas queridas, institucionalização, déficit cognitivo, doenças, sintomas depressivos, condição sócio-econômica desfavorável e solidão. Essa dificuldade dos respondentes está em consonância com a noção prevalente na literatura internacional, de que os profissionais que atuam em geriatria e gerontologia ainda não alcançaram um consenso sobre os parâmetros para avaliação da fragilidade em idosos.

Entretanto, este estudo tem limitações que impedem a generalização dos resultados. Os dados aplicam-se exclusivamente à amostra constituída pelos doze profissionais entrevistados, não podendo ser considerados representativos da percepção dos profissionais de saúde que atuam em geriatria e gerontologia no Brasil. A realização de pesquisas futuras é imprescindível para a expansão do conhecimento sobre o assunto. Sob essa perspectiva, é importante que seja analisada a possibilidade de validação dos critérios de fragilidade para a população idosa brasileira.

Especificamente, a autora sugere que seja dada continuidade à investigação do tema, realizando-se entrevistas com idosos. Dessa forma, as percepções de indivíduos que vivenciam a fragilidade poderão ser consideradas no desenvolvimento dos critérios. Uma sugestão refere-se à replicação do presente estudo em

outros ambulatórios de geriatria de instituições públicas brasileiras de ensino superior, para comparação de resultados. Considerando-se que a fragilidade expressa-se de maneira específica em dimensões individuais e sócio-culturais diferentes, recomenda-se também a realização de grupos focais para a obtenção de informações mais robustas para o desenvolvimento dos critérios, sob a perspectiva dos idosos e de outros profissionais de saúde.

Referências

BERGMAN, H. et al. 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, 2004.

COSTA, E.; MONEGO, E. Avaliação geriátrica ampla (AGA). *Rev. UFG*, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br/>>. Acesso em: 11 jun. 2006.

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

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, v. 56a, n. 3, p. 146-156, 2001.

FRIED, L. P. et al. From bedside to bench: Research agenda for frailty. *Sci. Aging Knowledge Environ.* v. 2005, n. 31, p. 24, 3 Aug. 2005.

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

HOOI, W.; BERGMAN, H. A Review on Models and Perspectives on Frailty in Older Persons. *Geriatric Medicine Unit SGH*, v. 14, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.pgmi.com.sg/>>. Acesso em: 13 fev. 2006.

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

MARKLE-REID, M.; BROWNE, G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *J. Adv. Nurs.*, 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. 1999. 180 p. Thesis (MSc). Faculty of Medicine, University of Toronto, 1999.

MORLEY, J.; PERRY, H.; MILLER, D. Something about frailty. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, v. 57a, n. 11, p. 698-704, 2002.

PUTS, M. et al. Endocrine and inflammatory markers as predictors of frailty. *Clin. Endocr.*, v. 63, p. 403-411, 2005.

PUTS, M. et al. **Frailty and successful aging, what do these concepts mean to older community-dwelling adults?** Em publicação 2006. Disponível em: <<http://www.emgo.nl/>>. Acesso em: 15 abr. 2006.

RAPHAEL, D. et al. 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. et al. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*, v. 353, p. 205-206, 1999.

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

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

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. et al. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*, v. 53, n. 1, p. S9-16, 1998.

TEIXEIRA, I.N. **Definições de fragilidade em idosos**: uma abordagem multiprofissional. 2006. 222 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

WALSTON, J. et al. 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. 991-1001, 2006.

WINOGRAD, C. et al. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 39, n. 8, p. 778-841, 1991.

Recebido em: 19/07/2007

Aceito em: 10/06/2008

Received on: 19/07/2007

Accepted on: 10/06/2008