

## A OPERACIONALIZAÇÃO DO CONCEITO DE IDOSO FRÁGIL E DE IDOSO ROBUSTO

**Dr. Alfredo Toledo e Souza – Medicina Holística e Medicina Complementar da Dor**  
**Avenida Condessa de Vimieiros, 395 – Itanhaém, São Paulo, Brasil**  
**Fone: (13) 3426.3776 e (13) 99638.6324**  
**Site: [www.curadivina.webs.com](http://www.curadivina.webs.com)**  
**Youtube - Digite "alfredo toledo e souza"**

Embora exista um "senso clínico" aguçado a respeito do que seja a fragilidade e a robustez do idoso, bem como de quem seria o idoso robusto e de quem seria o idoso frágil, não há ainda uma concordância explícita, uma definição clínica padrão a respeito de como diagnosticar esta síndrome de fragilidade no idoso, um instrumento acima de toda discordância, e a ausência deste instrumento promove diversos eventos adversos, intoxicações medicamentosas, interações medicamentosas desastrosas e outros problemas farmacológicos característicos desta população.

Não obstante este relativo consenso acima apontado, do ponto de vista operacional a controvérsia se desenrola, principalmente, em torno de várias vertentes teóricas distintas, e na prática os itens presentes em um indivíduo frágil acabam propondo um índice de fragilidade baseado no número de problemas (coisas que estão "erradas") dos quais o indivíduo idoso é portador.

Linda Fried e colaboradores propuseram um teste rápido para rastreamento de idosos frágeis. Eles avaliaram cinco itens - **força da mão, velocidade de marcha, perda de peso, exaustão física e atividade física**. Os indivíduos foram classificados como frágeis se três, quatro ou cinco dos seguintes itens estivessem presentes; intermediários, se um ou dois itens estivessem presentes; ou robustos, se nenhum critério estivesse presente. Esses critérios foram validados em uma amostra de 3312 idosos vivendo na comunidade.

Isto tem aplicações práticas importantes. Se eu, como médico, prescrever um benzodiazepínico para um paciente frágil, principalmente se for o clonazepam mesmo na dose mínima de 0,5 mg ao deitar-se, eu já estarei aumentando intensamente a probabilidade de que este idoso frágil sinta vertigens ao levantar-se para ir ao banheiro durante a madrugada, com um aumento de incidência de quedas com fratura de colo de fêmur da ordem de 22%. No caso da dose usual de clonazepam de 2 mg, este aumento de incidência de quedas seguidas de fraturas de colo de fêmur chegará a 75%,

Rockwood e colaboradores propõem algumas formas para operacionalizar a medida de fragilidade. O **Índice de Fragilidade do CSHA** (*Canadian Study of Health and Aging*) é uma medida ponderada do acúmulo individual de uma variedade de problemas - déficits funcionais, co-morbidades, atitudes de saúde, sinais de doenças e incapacidades auto-relatadas. Cada item recebe um "peso", que varia de zero a um, representando a sua frequência ou gravidade.

Segundo o número de problemas presentes e sua gravidade, o grau de fragilidade pode ser classificado em leve, moderado ou grave. Em outra proposta ainda em estudo, se estabelecem que a observação dos problemas acima referidos deve produzir uma impressão clínica, a partir da qual o paciente será classificado em sete categorias, variando de "Muito saudável" a "Gravemente frágil".

É mandatório que todos os clínicos, em especial aqueles que atendem a população idosa, tenham ciência de que quando fazemos qualquer combinação de medicamentos numa prescrição para um idoso robusto, geralmente com massa muscular bem preservada, postura bem preservada, voz sonora e firme, lúcido e capaz de manter atividade física constante (eventualmente até ainda exercendo atividade profissional aos 75 anos ou mais), as possibilidades de quaisquer complicações decorrentes das medicações prescritas combinadas é pouco superior a 5% do que poderíamos ter de uma prescrição para um paciente de 45 anos.

Já o idoso frágil é uma realidade totalmente distinta, ele tem geralmente bem menos massa muscular e massa gorda corporal, logo facilmente se desidrata, quase sempre é um desnutrido, carente de sais minerais, de aminoácidos e de vitaminas, principalmente das vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K) e do complexo B, quase sempre carente severo de magnésio e iodo, e com coração, cérebro, rins, estômago, intestinos e fígado com graus diversos de insuficiência funcional.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS** - Não obstante a precedência de aspectos clínicos, fisiológicos e etiológicos na investigação corrente da síndrome de fragilidade, muitas das questões fundamentais permanecem não respondidas, aguardando que agendas de pesquisa dos centros que hoje estudam o problema tragam nova luz e apontem novos caminhos.

Bergman e colaboradores apontam as seguintes questões entre aquelas que aguardam respostas: ***Qual a distinção entre fragilidade e envelhecimento? Qual a relação entre fragilidade e doenças crônicas? A fragilidade é uma síndrome ou uma série de distúrbios relacionados à idade que predizem eventos adversos? Quais os domínios críticos e que devem ser incluídos em uma definição operacional da fragilidade? Como podemos medi-la? A fragilidade é um conceito realmente útil?***

A resposta a estas questões faz parte da trajetória na busca por marcadores biológicos que estejam claramente relacionados à síndrome, assim como para o esclarecimento dos aspectos sociais e psicológicos do modelo. Sem nenhuma dúvida, a correta determinação de todos estes aspectos terá profundo impacto sobre a promoção de saúde, a prevenção, a terapêutica e a reabilitação.

Neste meio tempo, meu melhor conselho é que todos os meus colegas clínicos sempre sejam muito cuidadosos com suas abordagens para com um idoso obviamente frágil, quase sempre visivelmente carente de massa muscular, com má coordenação motora, "fôlego" curto, desinteressado, desmotivado, confuso

e frequentemente com queixas de tontura e mal-estar diários, além de suas morbidades tão comuns de hipertensão arterial, diabetes, insuficiência cardíaca, polineuropatia periférica e disfunções cognitivas aliadas não apenas ao Mal de Alzheimer, que está na moda, mas também a demências cerebrovasculares e demências por desnutrição severa.

## REFERÊNCIAS

1. ALDWIN, C. M; GILMER, D. F. Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychological Perspectives. California: Sage Publications, 2004.
2. BALTES, P. B. Theoretical propositions of the life span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Dev Psychol*, v. 23, p. 611-96, 1987.
3. BARBOSA, A. R. *et al.* Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad de Saude Publica*, v. 21, n. 4, p.1177-85, 2005.
4. BERGMAN, H. *et al.* Frailty: An emerging research and clinical paradigm - Issues and controversies. *J Gerontol*, v. 62 A, n. 7, p.731-7, 2007.
5. BORTZ, W. M. A conceptual framework of frailty: a review. *The journals of gerontology. Series A, J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 57, n. 5, p. M283-M288, 2002.
6. FERRUCCI, L. *et al.* Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc*, v. 52, n. 4, p. 625-34, 2004.
7. FERRUCCI, L. *et al.* Biomarkers of frailty in older persons. *J Endocrinol Invest*, v. 25, p. 10-5, 2002. Supplement 10.
8. FREEBORN, D. K. *et al.* Consistently high users of medical care among elderly. *Med Care*, v. 28, n. 6, p. 567-85, June 1990.
9. FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol*, v. 56A, n. 3, p. M146-156, Mar. 2001.
10. FRIED, L. P; Walston, J. Frailty and failure to thrive. In: HAZZARD, W. R. *et al* (Eds.) *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 5th ed. New York: McGraw-Hill. 2003. p. 1487-502.
11. FRIED, L. P. *et al.* Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: Implications for improved targeting and care *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 59, n. 3, p. 255-63. Mar. 2004.
12. GILLICK, M. Pinning down frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 56, n. 3, p. M134-35, 2001.

13. HAMERMAN, D. Toward an understanding of frailty. *Ann Intern Med*, v. 130, n. 11, p. 945-50, June 1999.
14. HOGAN, D. B; MACKNIGHT, C; BERGMAN. H. Models, definitions, and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res*, v.15, n. 3, p. 2-29, 2003. Supplement.
15. LEBRAO, M. L; LAURENTI, R. Health, Well-Being and aging: the SABE Study in São Paulo, Brazil. *Revista brasileira de Epidemiologia*, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.
16. LENG, S. *et al.* Serum interleukin-6 and hemoglobin as physiological correlates in the geriatric syndrome of frailty: a pilot study. *J Am Geriatr Soc*, v. 50, n. 7, p. 1268-71, 2002.
17. MORLEY, J. E. Anorexia, sarcopenia, and aging. *Nutrition*, v. 17, n. 7-8, p. 660-3, 2001.
18. MORLEY, J. E ; PERRY, H. M ; MILLER, D. K. Something about frailty. *J Gerontol*, v. 57A, n.11, p. M698 - M704, 2002.
19. ROCKWOOD, K. *et al.* Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ*, v.150, n. 4, p. 489-95, 1994.
20. ROCKWOOD, K. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian Study of Health and Aging *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 59, n.12, p. 1310-7, 2004.