

A Síndrome da Fragilidade e o cuidado à saúde da pessoa idosa

Eduardo Ferriolliⁱ, Paulo Manuel Pêgo-Fernandesⁱⁱ

Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, BR

A descrição das bases fisiopatológicas e de um fenótipo para a Síndrome da Fragilidade do Idoso, no início dos anos 2000, por Linda Fried e colaboradores,¹ na época vinculados à Universidade de John's Hopkins, representou um “ponto de virada” não apenas no desenvolvimento e na prática da Geriatria como especialidade, mas também, com o passar dos anos, no cuidado à saúde de pessoas idosas pelas diversas especialidades médicas. Este é um conceito que continua em desenvolvimento, e que não deve ser subestimado ou desconhecido por médicos que cuidam de pacientes idosos.

O interesse em compreender e melhor definir a diferença entre idade cronológica e idade biológica antecede, certamente, as publicações de Fried e seus colaboradores. Na década de 1980, por exemplo, já se falava que idosos frágeis seriam aqueles que apresentavam dependências para suas atividades diárias ou que precisavam da ajuda de outros para sobreviver.² Também se percebia que pessoas da mesma idade podiam apresentar perfis consideravelmente distintos de funcionalidade e robustez, o que levava à compreensão de que pessoas envelhecem em ritmos e formas diversas. Fried e seus colaboradores, no entanto, não apenas definiram os processos que geram essas diferenças, como descreveram critérios diagnósticos para a Síndrome da Fragilidade em fases muito menos avançadas do que as apresentadas acima.¹ Isto permitia o reconhecimento daqueles pacientes idosos em maior risco para o desenvolvimento de complicações diante de intervenções clínicas e cirúrgicas, mas, também, os que estavam mais sujeitos a

apresentar internações não planejadas, quedas, perdas funcionais, institucionalização e óbito. Permitia, ainda, a implementação de intervenções que poderiam identificar quais as causas do processo de fragilização da pessoa idosa em questão, e a proposta de planos de intervenção que evitassem a sua progressão e o desenvolvimento de dependências, o que foi muito bem demonstrado pelo grupo de Geriatria e Gerontologia da Universidade de Toulouse, com a sua Clínica de Fragilidade.³

Ainda que diferentes formas de definir o diagnóstico da Síndrome da Fragilidade tenham surgido (especialmente pelo Professor Kenneth Rockwood e seu grupo),⁴ a base de sua definição é a mesma: Síndrome da Fragilidade representa um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, causada por reservas homeostáticas reduzidas em múltiplos sistemas, levando a pessoa idosa que a apresenta a se tornar vulnerável a eventos estressores. Suas causas são relacionadas a alterações imunológicas, endócrinas e à sarcopenia, de acordo com a proposta inicial de Fried, mas, hoje, com o desenvolvimento de vasta literatura científica a respeito dessa síndrome, a isso se somam bases genéticas, epigenéticas, condições socioeconômicas, histórias de vida, a presença de doenças crônicas, o nível de atividade física e outros fatores que interferem no envelhecimento saudável.⁵

Diversos instrumentos surgiram, ao longo dos anos, para o diagnóstico da Síndrome da Fragilidade, como os critérios de Fried (que incluem a perda involuntária de peso, redução da força muscular, redução da velocidade de marcha, fadiga

ⁱMD, PhD. Professor titular do Departamento de Clínica Médica, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil.

ⁱⁱ<https://orcid.org/0000-0002-5028-2451>

ⁱⁱⁱMD, PhD. Vice-diretor, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil; Professor Titular, Departamento de Cardiopneumologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brazil; Diretor do Departamento Científico, Associação Paulista de Medicina (APM), São Paulo (SP), Brazil.

ⁱⁱⁱⁱ<https://orcid.org/0000-0001-7243-5343>

^vEste editorial foi publicado em inglês na revista São Paulo Medical Journal, volume 142, edição número 4 de 2024

e baixo nível de atividade física), o Índice de Fragilidade de Rockwood e ferramentas mais práticas e breves para a aplicação na prática clínica diária.⁶ Por um bom tempo se discutiu qual seria a melhor forma de diagnosticar a Síndrome da Fragilidade e qual o seu impacto na prática clínica e no prognóstico de pessoas idosas na atenção primária e em outros níveis de atenção à saúde. Com o desenvolvimento das pesquisas, no entanto, têm-se percebido que, na verdade, o melhor ou melhores instrumentos variam de acordo com o cenário em que são aplicados. Por exemplo, na atenção primária, quando há espaço para testes e tempo programado para isso, o método do fenótipo de Fried é um ótimo preditor de desfechos a curto, médio e longo prazo. No entanto, em um ambiente de emergência, em que o tempo é extremamente restrito e o paciente idoso já apresenta perdas funcionais importantes (por exemplo, na capacidade de deambular para que seja medida sua velocidade de marcha) sua aplicação se torna muito menos viável e, possivelmente, as informações obtidas prejudicadas. Neste ambiente, instrumentos como a Escala Clínica de Fragilidade (também proposta por Rockwood e colaboradores) se torna bem mais informativa e prática para a sua aplicação.^{6,7}

Independente da ferramenta empregada para o diagnóstico da Síndrome da Fragilidade, o importante a ser destacado é que a literatura, atualmente, é farta em demonstrar: o diagnóstico de Síndrome da Fragilidade é um importante marcador prognóstico em idosos que possuem cardiopatias, doenças vasculares periféricas, neoplasias, doença renal, diabetes, hipertensão, doenças neurológicas e outras enfermidades crônicas, bem como entre aqueles com doenças agudas que são admitidos em prontos-socorros, unidades de terapia intensiva e outros serviços de emergência, e naqueles que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos invasivos. Em todas essas condições, ela precisa ser considerada para o estabelecimento de padrões de cuidado e de prevenção de complicações nos diversos cenários da prática médica.⁸

Passamos da era da idade cronológica como norteadora da tomada de decisões médicas para outra em que as reservas fisiológicas e a funcionalidade de uma pessoa idosa são muito mais importantes. Citando alguns exemplos bem documentados na literatura médica sobre a importância

da detecção da Síndrome da Fragilidade na prática clínica, foi demonstrado que a Síndrome da Fragilidade, associada a indicadores de morbidade aguda, era um importante fator preditivo de prognóstico durante a pandemia de COVID-19;⁹ que a atuação sobre a presença de Síndrome da Fragilidade melhora consideravelmente os desfechos após fraturas do fêmur;¹⁰ que o diagnóstico da Síndrome de Fragilidade permite intervenções que reduzem complicações em procedimentos cirúrgicos de diversas naturezas;¹¹ e que o diagnóstico de Síndrome da Fragilidade e atuação sobre suas causas permite o desenvolvimento de planos de cuidado na atenção primária, impedindo ou desacelerando o desenvolvimento de dependências.³

Para concluir, cremos ser importante, também, que se apresente uma ideia da dimensão do problema no nosso país, cuja população está envelhecendo em ritmo acelerado. Diferentes estudos nacionais estimam que a prevalência da Síndrome da Fragilidade nas pessoas idosas da comunidade é de cerca de 8 a 10%, e que quase metade dos idosos brasileiros são pré-frágeis, pelos critérios do Fenótipo de Fried.¹² Nas instituições de longa permanência, salas de emergência, enfermarias e ambulatórios, esses números são consideravelmente maiores.¹³ Outra questão fundamental é que o diagnóstico de Síndrome da Fragilidade não é definitivo, mas dinâmico. Pessoas pré-frágeis podem voltar à condição de não frágeis, pessoas frágeis podem se tornar pré-frágeis ou não frágeis, e vice-versa, por intervenções de natureza multidisciplinar.¹⁴ Daí a importância, mais uma vez, do conhecimento dessa condição médica, do seu diagnóstico precoce e de intervenções terapêuticas multidisciplinares que reduzam complicações clínicas e o risco de perda de funcionalidade.

Por todas essas questões, médicos de todas as especialidades, associados a suas equipes interdisciplinares, devem buscar em sua prática o diagnóstico de Síndrome da Fragilidade nas pessoas idosas que atendem, usando os instrumentos mais recomendados pela literatura para a sua área. Esta prática permite o melhor planejamento e administração de intervenções que promovam a melhoria do prognóstico e dos desfechos a curto, médio e longo prazo das pessoas idosas de que cuidam em sua prática clínica diária.

REFERÊNCIAS

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-56. PMID: 11253156; <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
2. Woodhouse KW, O'Mahony MS. Frailty and ageing. *Age Ageing.* 1997;26(4):245-6. PMID: 9271285; <https://doi.org/10.1093/ageing/26.4.245>.
3. Tavassoli N, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, et al. Description of 1,108 older patients referred by their physician to the "Geriatric Frailty Clinic (G.F.C) for assessment of frailty and prevention of disability" at the gerontopole. *J Nutr Health Aging.* 2014;18(5):457-64. PMID: 24886728; <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0462-z>.

4. Rockwood K, Song X, Macknight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489-96. PMID: 16129869; <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>.
5. Cohen CI, Benyamini R, Rahman M, et al. Frailty: a multidimensional biopsychosocial syndrome. *Med Clin North Am*. 2023;107(1):183-97. PMID: 36402498; <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.04.006>.
6. Oviedo-Briones M, Laso ÁR, Carnicero JA, et al. A comparison of frailty assessment instruments in different clinical and social care settings: The Frailtools Project. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(3):607.e7-12. PMID: 33162359; <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.024>.
7. Falk Erhag H, Guðnadóttir G, Alfredsson J, et al. The association between the clinical frailty scale and adverse health outcomes in older adults in acute clinical settings - a systematic review of the literature. *Clin Interv Aging*. 2023;18:249-61. PMID: 36843633; <https://doi.org/10.2147/cia.s388160>.
8. Hall N, Fluck R, Imam T, et al. Developing frailty friendly hospitals: the Specialised Clinical Frailty Network. *Future Healthc J*. 2022;9(3):286-90. PMID: 36561815; <https://doi.org/10.7861/fhj.2022-0071>.
9. Aliberti MJR, Szlejf C, Avelino-Silva VI, et al. COVID-19 is not over and age is not enough: using frailty for prognostication in hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(5):1116-27. PMID: 33818759; <https://doi.org/10.1111/jgs.17146>.
10. Inoue T, Maeda K, Nagano A, et al. Undernutrition, sarcopenia, and frailty in fragility hip fracture: advanced strategies for improving clinical outcomes. *Nutrients*. 2020;12(12):3743. PMID: 33291800; <https://doi.org/10.3390/nu12123743>.
11. Panayi AC, Orkaby AR, Sakthivel D, et al. Impact of frailty on outcomes in surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *Am J Surg*. 2019;218(2):393-400. PMID: 30509455; <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.11.020>.
12. Ferriolli E, Pessanha FPADS, Moreira VG, et al. Body composition and frailty profiles in Brazilian older people: Frailty in Brazilian Older People Study-FIBRA-BR. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;71:99-104. PMID: 28395196; <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.03.008>.
13. Doody P, Lord JM, Greig CA, Whittaker AC. Frailty: Pathophysiology, theoretical and operational definition(s), impact, prevalence, management and prevention, in an increasingly economically developed and ageing world. *Gerontology*. 2023;69(8):927-45. PMID: 36476630; <https://doi.org/10.1159/000528561>.
14. Alves LC, Santos JLF, Duarte YAO. Factors associated with transitions between frailty states among older persons in Brazil, 2006-2010. *Cad Saúde Colet*. 2021;29(spe):73-85. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010328>.