PREVALÊNCIA DA SÍNDROMA DE FRAGILIDADE NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

PREVALENCE OF FRAILTY SYNDROME IN THE NORTHERN REGION OF MAINLAND PORTUGAL

Exmo. Diretor da RPMGF,

Na última edição da RPMGF, v. 34, nº 6 (2018), foi publicado o artigo *Prevalência da síndrome de fragilidade na região norte de Portugal*, o qual carece dos seguintes comentários:

A síndrome de fragilidade (SF) não é considerada, atualmente, por diversos autores como uma síndrome geriátrica (SG). Conceptualmente, a SF distingue-se destas por corresponder a um estado maior de vulnerabilidade para a manifestação das SG, assim como de outros resultados negativos de saúde.¹⁻⁴

Atendendo à complexidade e heterogeneidade do processo de envelhecimento humano, a fragilidade pode ser considerada como uma fase intermédia entre as alterações biológicas do envelhecimento e as manifestações finais deste processo, como são exemplo as SG.⁵

Esta opção conceptual dota-se de maior importância nos cuidados de saúde primários (CSP),^{1-2,4} principalmente numa altura em que se desenvolvem estratégias para a população idosa focadas na prevenção/identificação/intervenção na SF.^{1,4} O rastreio da SF surge como alternativa à avaliação geriátrica global formal, impraticável como instrumento de identificação de indivíduos em risco, no nosso contexto assistencial.

Na formulação deste artigo, os colegas não assumem com clareza que dimensão da fragilidade pretendem avaliar. Será importante compreender que a fragilidade física, dimensão comumente discutida em publicações médicas⁴ e associada à multimorbilidade, pode confundir-se com outras dimensões, como a fragilidade social, cognitiva ou psicológica, o que impossibilita a posterior comparação de resultados.

Os critérios de exclusão aplicados pelos autores eliminam indivíduos em maior risco de SF atendendo à sua condição de limitação na marcha e incapacidade de consentir.

Um dos resultados que gostaríamos de ver esclarecido prende-se com a prevalência da pré-fragilidade, claramente inferior aos valores noutros países da Europa – estará este valor associado aos critérios utilizados?

Por fim, concluir que mais estudos são necessários, na expectativa de compreender a real dimensão do SF em Portugal e os principais determinantes associados, mas também para definir qual o modelo de diagnóstico mais apropriado aos CSP.

Miguel Marques Ferreira*, Luísa Gomes Costa**

* Co-coordenador GESI da APMGF; Nova Medical School.

** USF Tejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392-7.
2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
3. Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, High KP, Asthana S, Supiano MA, et al. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. 7th ed. New-York: McGraw-Hill Education Medical; 2017. ISBN 9780071833455
4. Gulliford M, Ravindrarajah R. Frailty: from clinical syndrome to epidemiological construct? *Lancet Public Health*. 2018;3(7):e305-6.
5. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. *Harrison's principles of internal medicine*. 19th ed. New York: McGraw Hill Education; 2015. ISBN 9780071802154

RESPOSTA DOS AUTORES DO ARTIGO

PREVALÊNCIA DA SÍNDROMA DE FRAGILIDADE NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL

Os autores do artigo *Prevalência da síndrome de fragilidade na região norte de Portugal*, publicado na última edição da RPMGF, v. 34, n. 6 (2018), agradecem o comentário e gostariam de esclarecer que, de facto, a fragilidade não é uma síndrome geriátrica mas uma condição médica que, estando presente, assume um carácter transversal e condicionador de risco de doença que se pode consubstanciar numa ou várias síndromas geriátricas descritas.

A síndrome da fragilidade é uma entidade multidimensional caracterizada pela diminuição significativa da funcionalidade e da capacidade de funcionar de forma autónoma nas atividades de vida diárias. Numa perspetiva holística percebemos que o condicionamento da autonomia engloba fatores de ordem física, como a mobilidade ou a comunicação, e de ordem psicossocial, como a capacidade cognitiva, o humor e a rede social de apoio. Os testes utilizados neste estudo refletem sobretudo a capacidade física, mas não só. O *Gait Speed Test* (prova de marcha) correlaciona-se com a funcionalidade, com o equilíbrio e com a autoconfiança.¹ O questionário PRISMA-7 avalia a idade, o sexo, a presença de problemas de saúde limitativos para as atividades, a necessidade de ajuda frequente, os problemas de saúde que obrigam à permanên-

cia no domicílio, a existência de apoio social em caso de necessidade e a utilização de auxiliares de marcha e vem sendo utilizado em diversos estudos para o rastreio do risco de perda funcional e fragilidade com bons resultados.² A dimensão avaliada é sobretudo física, incluindo a demência, mas indissociável dos aspetos psicossociais.

A amostra estudada corresponde à população que frequenta os serviços de saúde. Ao excluir os doentes sem capacidade de deslocação ou que utilizam cadeira de rodas assumiu-se que estes apresentam uma limitação física significativa, que pode ou não corresponder a uma fragilidade, mas que enviesaria a avaliação pelos testes utilizados. É, no entanto, uma limitação do estudo que está discutida de forma honesta na discussão.

Os critérios de fragilidade e pré-fragilidade são os que estão publicados pela *British Geriatrics Society*³ e que são comumente aceites na comunidade científica. De facto, a prevalência encontrada foi inferior à expectável pela comparação da literatura, até pela opção de excluir os acamados e os doentes com dificuldade de mobilização. Outros estudos poderão confirmar este resultado ou ajudar a ajustá-lo nas opções metodológicas e no tamanho amostral alcançado.

Lisa Teresa Moreira*, Ricardo Torre**, Ana Castro Rollo*
Hugo Silva***, Vasco Duarte ****, Maria Antónia Cruz*

* USF Nova Era.

** USF Veiga do Leça.

*** USF Cristelo.

**** USF São Miguel-o-Anjo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fritz S, Lusardi M. White paper: 'Walking speed: the sixth vital sign'. J Geriatr Phys Ther. 2009;32(2):46-9.
2. Raïche M, Hébert R, Dubois MF. PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. Arch Gerontol Geriatr. 2008;47(1):9-18.
3. Turner G, Gough J, Atkins R. Fit for frailty: consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings. London: British Geriatrics Society; 2014. ISBN 9780992966317

COMENTÁRIO DO EDITOR-CHEFE DA REVISTA PORTUGUESA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

A Carta ao Editor é o espaço reservado na *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* (RPMGF) para os leitores, neste caso Miguel Ferreira e Luísa Costa, emitirem as suas observações, tanto na forma de críticas como de pedidos de esclarecimento, relativamente a artigos publicados previamente na revista, neste caso o artigo *Prevalência*

da síndrome de fragilidade na região norte de Portugal, publicado na última edição da RPMGF, v. 34, n. 6 (2018).

Nos últimos anos, a literatura acerca da fragilidade tem vindo a revelar um número elevado de definições e modelos explicativos, diferentes entre si, podendo por vezes causar alguma incerteza sobre o conceito e sua definição. Na realidade, os clínicos e os investigadores têm vindo a demonstrar um interesse cada vez maior pela fragilidade, dividindo-se entre uma perspetiva biomédica e uma psicossocial e, mais recentemente, uma multidimensional.

A título exemplificativo, Fried et al. referem que há evidência de que a fragilidade não é sinónimo nem de comorbilidade nem de deficiência, mas que a comorbilidade é um fator de risco etiológico para fragilidade e que a deficiência é um resultado de fragilidade.¹

Uma década depois, enquanto Clegg et al. mencionam que a fragilidade é um estado de vulnerabilidade a baixa resolução da homeostasia após um evento de 'stress',² Morley et al. referem que é um estado clínico com aumento da vulnerabilidade do indivíduo para desenvolvimento de maior dependência e/ou mortalidade quando exposto a um fator de 'stress'.³

Como o Editor-Chefe da RPMGF considerou ser pertinente a publicação desta carta, nestas circunstâncias houve a possibilidade de resposta a esses comentários por parte dos autores do artigo, neste caso Lisa Moreira, Ricardo Torre, Ana Rollo, Hugo Silva, Vasco Duarte e Maria Antónia Cruz.

Ao atuar deste modo, o Editor-Chefe da RPMGF pensa ter contribuído para um debate sério de ideias e ter promovido uma validação da investigação.

Prof. Doutor Alberto Pinto Hespanhol*

*Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde; CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Editor-chefe da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56.
2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381(9868):752-62.
3. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6):392-7.

Enviado em 14-01-2019

Aceite em 24-02-2019