



BOAS PRÁTICAS

Folhetos Informativos Baseados em Evidência para Profissionais de Saúde

A efetividade de intervenções para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos

Recomendações*

- Os idosos pré-frágeis ou frágeis institucionalizados ou a viver na comunidade devem ter acesso a exercício físico realizado em grupo para prevenir a progressão da fragilidade. **(Grau A)**
- Os idosos a viver na comunidade podem ter acesso a aulas de atividade física acompanhadas por treino em casa para reduzir o nível de fragilidade. **(Grau B)**
- A suplementação nutricional é fortemente recomendada para idosos pré-frágeis e frágeis que vivem na comunidade para prevenir a progressão da fragilidade. **(Grau A)**
- O exercício físico acompanhado por intervenções nutricionais é recomendado para reduzir ou adiar efetivamente a progressão da fragilidade ou pré-fragilidade. **(Grau B)**
- Os idosos pré-frágeis e frágeis a viver na comunidade podem ter acesso a treino cognitivo de modo a prevenir a progressão da fragilidade. **(Grau B)**
- Idosos a viver na comunidade podem ter acesso a uma única visita domiciliária por um profissional treinado para prevenir ou adiar a progressão da pré-fragilidade ou fragilidade. **(Grau B)**
- Recomenda-se a adoção em larga escala de intervenções adaptadas às necessidades individuais, tendo em conta a condição clínica, enquanto estratégia efetiva para a redução de custos. **(Grau B)**
- Os profissionais de saúde podem considerar oferecer sessões educativas individuais ou em grupo a idosos não-institucionalizados ou a viver na comunidade para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade. **(Grau B)**

*Pode consultar uma definição dos Graus de Recomendação do JBI aqui: <https://jbi.global/jbi-approach-to-EBHC>

Fonte de Informação

Este Folheto Informativo de Boas Práticas resultou de uma revisão sistemática publicada em 2018 na JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.¹ O relatório da Revisão Sistemática está disponível no JBI (www.jbi.global)

Enquadramento

A fragilidade é um processo dinâmico caracterizado por uma espiral de declínio em vários domínios funcionais. A fragilidade predispõe a quedas, fraturas, perda de capacidade funcional, dependência, hospitalização, institucionalização, podendo conduzir à morte. O diagnóstico de fragilidade deve incluir pelo menos três dos seguintes marcadores fenotípicos: fraqueza com diminuição da força muscular (por exemplo, diminuição da força de preensão), lentidão generalizada, diminuição de equilíbrio e mobilidade, fadiga ou exaustão, níveis baixos de atividade física e perda de peso involuntária.

A pré-fragilidade é caracterizada pela presença de apenas um ou dois destes marcadores. Uma revisão sistemática evidenciou uma prevalência de 4%-17% de fragilidade e 19%-53% de pré-fragilidade em idosos a viver na comunidade (com 65 ou mais anos), dependendo da definição operacional de fragilidade adotada e da população estudada. Assim, esta condição clínica é relevante para todos os profissionais de saúde, assistentes sociais, investigadores e decisores políticos. Embora tenham

sido propostas várias intervenções relacionadas com atividade física, oferta de cuidados de saúde e cuidados sociais, estimulação cognitiva, nutrição, medicação e aspetos psicossociais, o impacto destas intervenções nos resultados clínicos ainda não é claro.

É necessário analisar a efetividade das intervenções para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade nos idosos em termos dos resultados em saúde e da relação custo-efetividade.

Objetivos

O objetivo deste Folheto Informativo é apresentar a melhor evidência disponível relativamente à efetividade clínica e ao custo-efetividade de intervenções para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos (com 65 ou mais anos).

Tipos de intervenção

A revisão sistemática considerou estudos que avaliaram intervenções focadas na prevenção da evolução da pré-fragilidade e fragilidade em idosos (com 65 ou mais anos) em qualquer tipo de contexto (comunidade, lares e hospitais).¹ As intervenções incluíram, mas não se limitaram a atividade física, oferta de cuidados de saúde e cuidados sociais, intervenções psicossociais, cognitivas e nutricionais e programas multifatoriais.

A efetividade de intervenções para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos

Qualidade da investigação

Todos os estudos incluídos foram avaliados por pares de revisores independentes. Nenhum estudo focado na componente clínica/médica obteve 100% na análise crítica; três estudos obtiveram 90%; três estudos obtiveram 80% e os restantes estudos obtiveram entre 50% e 70%. Em relação aos dois estudos que abordaram a componente económica, num deles a qualidade metodológica foi baixa e no outro foi moderada (20% e 70%).

A limitação metodológica deveu-se em grande parte à não ocultação dos participantes. Contudo, as dificuldades de ocultação neste tipo de intervenções foram tidas em conta.

Resultados

Foram incluídos na revisão 21 estudos randomizados controlados (ERC) publicados entre 2002 e 2016. Todos os estudos abordavam a componente clínica/médica da revisão e dois estudos também apresentaram dados sobre a componente económica. Os estudos recrutaram participantes (n=5275; 49% do sexo feminino) da comunidade (n=8), unidades de cuidados de saúde primários (n=3), unidades de ambulatório e internamento (n=3), um serviço de urgência (n=1), uma instituição de cuidados continuados (n=1), e outros contextos (n=6). As intervenções foram implementadas na comunidade (n=14), cuidados de saúde primários, centros médicos (medical centers)^a e hospitais comunitários (community hospitals)^b (n=4), uma instituição de cuidados a idosos (elderly care institution)^c (n=1), uma instituição geriátrica (institute of gerontology)^d (n=1), ou uma combinação dos mesmos (n=1). O tamanho da amostra nestes estudos variou entre 24 e 1338 participantes e a mesma amostra foi usada em dois estudos.

Dos 21 estudos incluídos, 12 foram realizados na Europa, cinco na Ásia, dois nos Estados Unidos da América, um no México e um na Austrália.

Em nove estudos, a definição de fragilidade baseou-se nos indicadores fenotípicos do Cardiovascular Health Study (CHS)², nomeadamente fraqueza, fadiga/exaustão, perda de peso, níveis baixos de atividade física e lentidão. Um destes estudos ainda teve em conta a diminuição do equilíbrio e outro estudo usou o Rockwood Frailty Index.³

Outros estudos (n=7) avaliaram a fragilidade de forma abrangente considerando os seguintes aspetos: estado funcional e cognitivo, quedas, dependência nas atividades de vida diária (AVD), depressão, desnutrição, incontinência, polimedicação e comorbilidade. Cinco estudos utilizaram um conjunto muito limitado de indicadores: presença de marcha lenta e/ou baixa atividade física (n=1), presença de baixa atividade física e autorrelato de exaustão (n=1), presença de baixa mobilidade e má nutrição (n=1), presença de fraqueza e alterações no desempenho físico (n=1) e dificuldades na realização das AVD (n=1). Os estudos diferem na forma como os indicadores foram avaliados.

Foram incluídas 33 intervenções que referiram o resultado primário da fragilidade, enquanto alguns estudos também incluíram dados sobre os resultados secundários. As intervenções foram classificadas da seguinte forma: programas de exercício físico, gestão individual e personalizada da condição clínica, treino cognitivo, suplementação nutricional, substituição hormonal, programas de visitas domiciliárias, sessões de grupo, terapia psicológica, sessão educativa individual e tratamento combinado. Foram reportados os seguintes comparadores: cuidados habituais, serviços comunitários, educação, cuidados habituais com educação, placebo, cuidados habituais com placebo, rastreio sem gestão posterior das necessidades individuais e exercícios de mobilidade. Num estudo, o grupo de controlo incluiu participantes que descontinuaram a intervenção e dois estudos não descreveram a intervenção de controlo de forma detalhada. Além disso, dois grupos apresentaram dados económicos específicos; outro estudo comparou os custos e o custo-efetividade da intervenção versus os cuidados habituais; e outro estudo analisou os custos dos serviços de saúde que realizaram avaliação e gestão geriátrica em comparação com os cuidados habituais em regime de ambulatório e internamento.

^a No processo de tradução optou-se por realizar uma tradução literal. Neste contexto quando referimos “centros médicos (medical centers)” estamos a referir-nos a “Veteran Affairs Medical Centers” que significa: centros médicos que oferecem múltiplos serviços a veteranos, incluindo os serviços básicos tradicionais como cirurgia, cuidados intensivos, psiquiatria, ortopedia, farmácia, radiologia e fisioterapia. Especialidades médicas e cirúrgicas como, audiologia e terapia da fala, dermatologia, estomatologia, geriatria, neurologia, oncologia, podologia, urologia, próstéticos e oftalmologia. Alguns centros mais avançados podem oferecer serviços mais avançados como transplante de órgãos e cirurgia plástica.

^b No processo de tradução optou-se por realizar uma tradução literal. Neste contexto quando referimos “hospitais comunitários (community hospitals)” significa: pequenos hospitais que servem uma certa comunidade, e que não tem todos os recursos e infraestruturas de um centro hospitalar universitário, mas responde e adapta-se às necessidades da população. Oferece serviços de internamento, diagnóstico, promoção da saúde, reabilitação, cuidados paliativos, entre outros.

^c No processo de tradução optou-se por realizar uma tradução literal. Neste contexto quando referimos “instituição de cuidados a idosos (elderly care institution)” significa: instituição de cuidados a idosos institucionalizados.

^d No processo de tradução optou-se por realizar uma tradução literal. Neste contexto quando referimos “instituição geriátrica (institute of gerontology)” significa: Registo de Residente Básico de pessoas idosas (Basic Resident Register of elderly people). Mais informação sobre o que significa Registo Básico pode ser consultada em: https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/zairyu/english/index.html

A efetividade de intervenções para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos

Programas de exercício físico

Os programas de exercício físico incluíram Tai Chi, treino de resistência e treino multicomponente abrangente. Os programas de exercício físico implementados sob a forma de aulas (incluindo aqueles com algum tipo de treino em casa) demonstraram ser efetivos na prevenção da progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos institucionalizados e a viver na comunidade. Todavia, os programas de exercício implementados exclusivamente em casa ou de forma individual não foram considerados efetivos nesta população.

Gestão individual da condição

A gestão individual e personalizada da condição clínica obteve resultados mistos na diminuição da fragilidade em grupos de participantes frágeis ou pré-frágeis em contexto comunitário. Contudo, não há evidência que suporte a gestão individual e personalizada da condição clínica para prevenir a progressão da pré-fragilidade ou fragilidade nos idosos que vivem na comunidade. Foram observados efeitos positivos na alteração da condição de fragilidade quando as sessões educativas para participantes em risco de fragilidade foram realizadas por um geriatra.

Tratamento multidisciplinar

Um programa de longa-duração de exercícios de multitarefa baseados em música demonstrou reduzir a fragilidade, nomeadamente através da melhoria da velocidade da marcha e da força de preensão manual. As intervenções, com elementos para melhorar a atenção e estimular a memória de curto prazo, reduziram os níveis de fragilidade entre a avaliação inicial e o follow-up aos 12 meses (seis meses após a intervenção). Apesar disso, outra intervenção baseada na terapia (psicológica) de resolução de problemas não teve impacto na fragilidade.

Suplementação nutricional e hormonal

Nos programas de atividade física acompanhados por suplementação nutricional e treino cognitivo foi observado impacto positivo significativo na fragilidade no follow-up (a três, seis e 12 meses), independentemente do tipo de suplemento (membrana do glóbulo de gordura do leite (MFGM) ou proteína). Um estudo demonstrou que a suplementação nutricional isolada provou ser efetivo quando a MFGM foi dada a mulheres frágeis a viver na comunidade. A substituição hormonal usada num grupo de homens de forma independente não influenciou a fragilidade.

Programas de visitas domiciliárias

Nove meses de visitas domiciliárias semanais focadas em alterações ao estilo de vida tiveram efeitos positivos nos idosos a viver na comunidade apenas quando estes recebiam um botão de emergência. Nenhum efeito foi verificado quando os participantes não recebiam o botão de emergência ou em 18 meses de visitas. Nenhum efeito foi verificado quando os participantes não recebiam o botão de emergência ou em 18 meses de visitas domiciliárias centradas na elaboração de um plano de cuidados. Por outro lado, uma única visita domiciliária preventiva a idosos não frágeis foi considerada efetivo em adiar a progressão da fragilidade sempre que esta era realizada por um profissional de saúde, tal como um enfermeiro.

Custo-efetividade

Dois estudos apresentaram evidência relacionada com a efetividade económica na redução da fragilidade: um estudo foi realizado com residentes na comunidade e outro em populações em regime de ambulatório e internamento. O primeiro estudo apresentou uma boa relação custo/benefício, 1 pp.210, especialmente nos participantes muito frágeis, em comparação com os cuidados habituais. O segundo estudo analisou os custos associados à gestão e avaliação geriátrica e constatou que os custos totais num ano relativos à intervenção e aos cuidados habituais foram semelhantes.

Conclusão

Esta revisão demonstrou resultados contraditórios relativos à efetividade das várias intervenções na área da fragilidade. Existe evidência para suportar intervenções ao nível do exercício físico (em grupo e não individual) e da nutrição por terem sido as mais bem-sucedidas na redução da fragilidade em homens e mulheres de todos os grupos etários com 65 ou mais anos. As intervenções implementadas com base no exercício físico e/ou suplementação nutricional provaram ser mais efetivas em reverter, adiar ou reduzir os elementos de fragilidade, mas apenas quando implementadas através de aulas ou em grupo. As visitas domiciliárias eram largamente suportadas apesar de não serem universalmente efetivas. Contudo, a adição do botão de emergência indica um aumento do envolvimento do enfermeiro e da confiança do doente. Além disso, não há evidência que sustente a utilização de programas individuais de exercício físico, programas baseados em atividade física exclusivamente no domicílio, terapia de resolução de problemas ou terapia de substituição hormonal para a prevenção da progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos a viver na comunidade.

Existem poucos estudos sobre a fragilidade em idosos a viver na comunidade que utilizem escalas validadas ou medidas de avaliação da fragilidade antes e depois da intervenção que não sejam específicas para a doença. Nenhum dos estudos comparou a efetividade entre homens e mulheres.

A heterogeneidade no contexto e os tipos de intervenções nos 21 ERC impediu a realização da meta-análise.

As diferenças entre estudos nos quais os resultados foram inconsistentes podem ser explicadas pelo contexto (contexto cultural e geográfico), pela adesão ao protocolo de intervenção ou pelo conteúdo e padrão dos cuidados habituais na comunidade. Oferecer uma gestão individual e personalizada de uma condição de fragilidade demonstrou reduzir os custos para os idosos da comunidade em comparação com os cuidados habituais. A gestão individual e personalizada não aumentou os custos totais dos cuidados com doentes hospitalizados, sendo que os custos foram iguais quando realizado com doentes em ambulatório. Os autores referiram que a realização de programas individuais de exercício físico, programas de exercício físico exclusivamente no domicílio, a terapia de resolução de problemas ou a terapia de substituição hormonal não demonstraram prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos a viver na comunidade.

A efetividade de intervenções para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos

Implicações para prática

As intervenções direcionadas para reverter, adiar ou reduzir a fragilidade são efetivas em homens e mulheres, frágeis e pré-frágeis e adultos com idade igual ou superior a 65 anos. Baseado nos resultados da revisão sistemática, as intervenções baseadas em atividade física são recomendadas para prevenir a progressão da fragilidade ou da pré-fragilidade, quando realizadas em sessões em grupo, com ou sem treino no domicílio. Recomenda-se ainda incorporar componentes de exercício físico e nutrição nos programas. Enquanto estratégia de redução de custos, a gestão individual e personalizada de uma condição de fragilidade, comparativamente aos cuidados habituais, deve ser adotada em larga escala. Não houve evidência que sustentasse os programas individuais de exercício físico, os programas baseados em atividade física exclusivamente no domicílio, a terapia de resolução de problemas ou a terapia de substituição hormonal enquanto intervenções para a prevenção da progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos a viver na comunidade.

Figura 1: A efetividade de intervenções para a prevenção da progressão da pré-fragilidade e fragilidade em pessoas idosas.



A efetividade de intervenções para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos

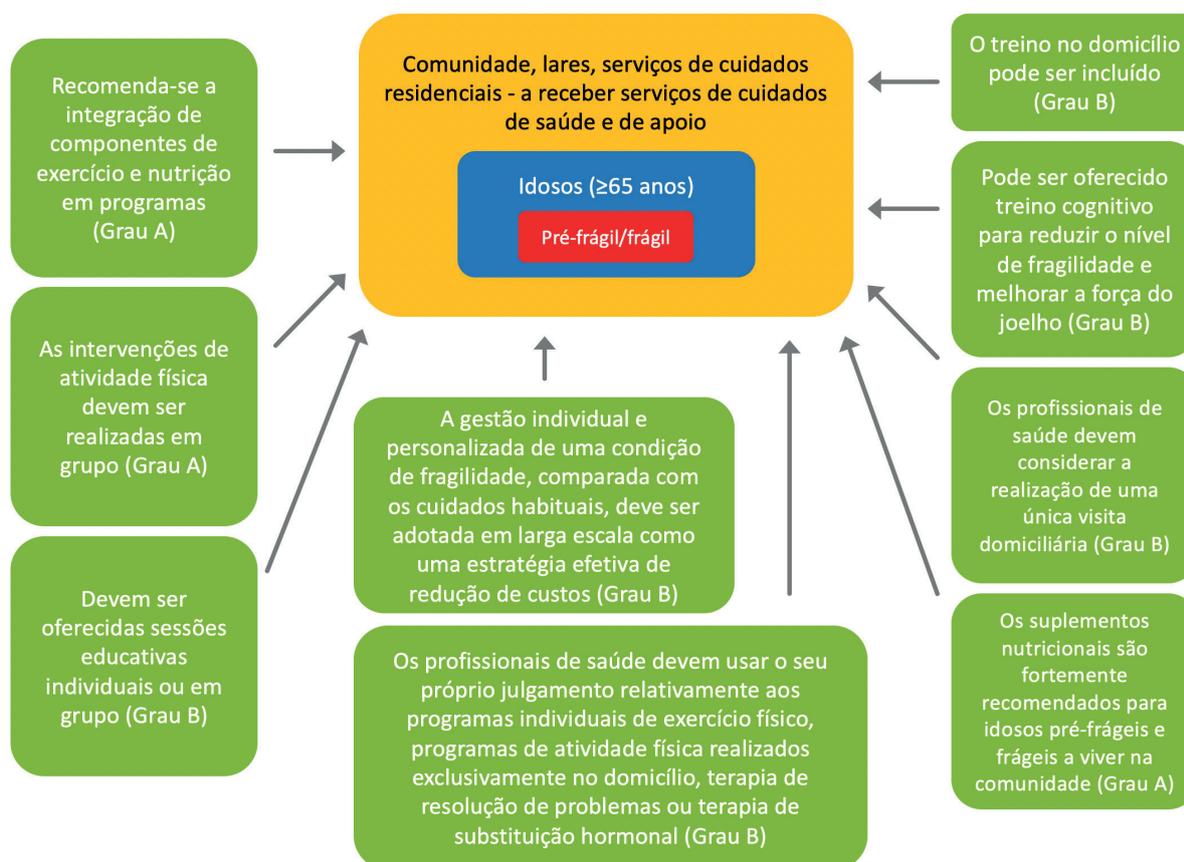


Figura 1: A efetividade de intervenções para a prevenção da progressão da pré-fragilidade e fragilidade em pessoas idosas.

Participantes	Um participante/ator, por exemplo profissional de saúde específico, um grupo de doentes ou cuidador. Pode incluir apresentação	Ação	Uma ação sugerida que possa ser realizada bem como um grau de recomendação
Condição/Diagnóstico ou Apresentação	Uma condição ou diagnóstico, por exemplo "ferida aguda", ou uma condição específica que tenha surgido, por exemplo "infecção".	Contexto	Um contexto ou situação específica, por exemplo "serviço de urgência" ou "clínica de saúde remota"

A efetividade de intervenções para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos

Referências Bibliográficas

1. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. JBI, EBP Database. 2018; 16(1):140-232.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol Biol Med Sci. 2001;56(3):M146-56.
3. Rockwood K, Mitnitski A, MacKnight C. Some mathematical models of frailty and their clinical implications. Rev Clin Gerontol. 2001;12(2):109-17.

Autor do sumário

Tania S Marin¹

¹ JBI, Universidade de Adelaide, Austrália do Sul, Austrália.

Agradecimentos

Este Folheto informativo de Boas Práticas foi desenvolvido pelo JBI e revisado por revisores nomeados de Centros Colaboradores Internacionais do JBI.

Como citar este Folheto Informativo de Boas Práticas:

Marin T S. A efetividade de intervenções para prevenir a progressão da pré-fragilidade e fragilidade em idosos [Folheto Informativo de Boas Práticas]. JBI EBP Database. 2019; 21(2):1-5



Este Folheto Informativo de Boas Práticas foi desenvolvido pelo JBI com base nos resultados de uma revisão sistemática publicada no JBI Evidence Synthesis. Cada Folheto Informativo de Boas Práticas foi submetido a uma revisão de duas fases por pares nomeados peritos na área.

Nota: A informação neste Folheto Informativo de Boas Práticas deve ser utilizada apenas por especialistas na área sobre a qual a informação incide.

Embora tenham sido desenvolvidos esforços para garantir que este Folheto Informativo de Boas Práticas sintetizasse a investigação existente e o consenso de peritos, é excluída, dentro dos limites permitidos pela lei, qualquer perda, dano, custo, despesa ou risco resultantes de forma direta ou indireta do recurso a esta informação (que surja em forma de contrato, negligência ou outro). Reproduzido após autorização do JBI.

Copyright © 2020, JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide, SA 5006, AUSTRALIA

Phone: +61 8 8313 4880 Email: jbi@adelaide.edu.au | <https://jbi.global>

