

Artigo de Opinião:

RASTREAMENTO DE SARCOPENIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: SERÁ UMA UTOPIA?

Tracking sarcopenia in primary health: be an utopia?

Lidiane Isabel Filippin¹

À medida que envelhecemos ocorrem mudanças biológicas, psicológicas, cognitivas e sociais significativas que aumentam a predisposição à incapacidade funcional, multi-morbidade e amplificam o risco a situações de vulnerabilidade¹⁻³.

A perda de massa e força muscular é uma variável clínica pontual e relevante, no entanto, ainda um problema clínico subestimado. A relevância clínica é inequívoca, pois o sistema muscular tem funções primordiais como sustentação corporal, locomoção, respiração e funções metabólicas. Além disso, essas variáveis têm se mostrado fortes preditores do estado funcional geral, da qualidade de vida, de morbidade e mortalidade⁴⁻⁶. Essas perdas podem afetar negativamente a capacidade funcional levando o indivíduo a um envelhecimento fragilizado⁶⁻⁸ com expressivo aumento da mortalidade⁶.

Dentro deste contexto a sarcopenia, originalmente definida como uma diminuição na massa muscular relacionada com o envelhecimento^{9,10}, tem tomado espaço nas discussões e pesquisas clínicas devido à alta prevalência (1 – 29%) e associação à desfechos desfavoráveis.

Recentemente, estudos demonstraram que a diminuição da força muscular é mais evidente do que a redução da massa muscular nos idosos¹¹⁻¹⁶, e é considerada um bom indicador de incapacidade¹⁵. Por esta razão, o Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Idosos (EWGSOP) desenvolveram um algoritmo para diagnosticar sarcopenia com base em três critérios: diminuição da força muscular, massa muscular e performance física diminuída¹⁶ (figura 1).

Portanto, devido ao seu elevado risco para resultados adversos para a saúde, incluindo a maior incidência de doenças, institucionalizações, internações, quedas, incapacidade e mortalidade^{17,18} torna-se necessária a implementação dessa avaliação na rotina dos serviços de saúde. Para isso são necessárias ferramentas de triagem facilmente acessíveis, de aplicabilidade prática, rápida e de baixo custo. A proposta do EWGSOP é bastante factível com esta realidade, pois dispensa uso de equipamentos e exames complementares de alta complexidade.

Os profissionais de saúde estão acostumados assistir indivíduos com esta condição. No entanto, não é uma condição avaliada de forma rotineira, poucos profissionais reconhecem o impacto dessa síndrome sobre os desfechos adversos associados a ela e, tampouco, reconhecem ser uma condição tratável.

Baseado do exposto acima, instrumentos de rastreamento da sarcopenia deveriam ser implementados nas unidades de atenção básica em saúde, podendo contribuir para a identificação precoce dos idosos mais vulneráveis à fragilização, incluindo àqueles que apresentam maior dificuldade de acessar o serviço de saúde especializados. Além disso, permite a reorganização da atenção à população idosa com baixo custo, pois o algoritmo é composto por avaliações simples de massa e força muscular, além da capacidade funcional avaliada por meio da velocidade da marcha. Sendo possível ser manejado por qualquer profissional de equipe multidisciplinar.

Dessa forma, é possível identificar indivíduos inicialmente acometidos com a condição e propor estratégias terapêuticas ou preventivas adequadas, buscando, em última análise, a medicina personalizada.

¹ Docente do Programa Pós-Graduação Unilasalle - Canoas/RS
Mestrado Profissional em Saúde e Desenvolvimento Humano

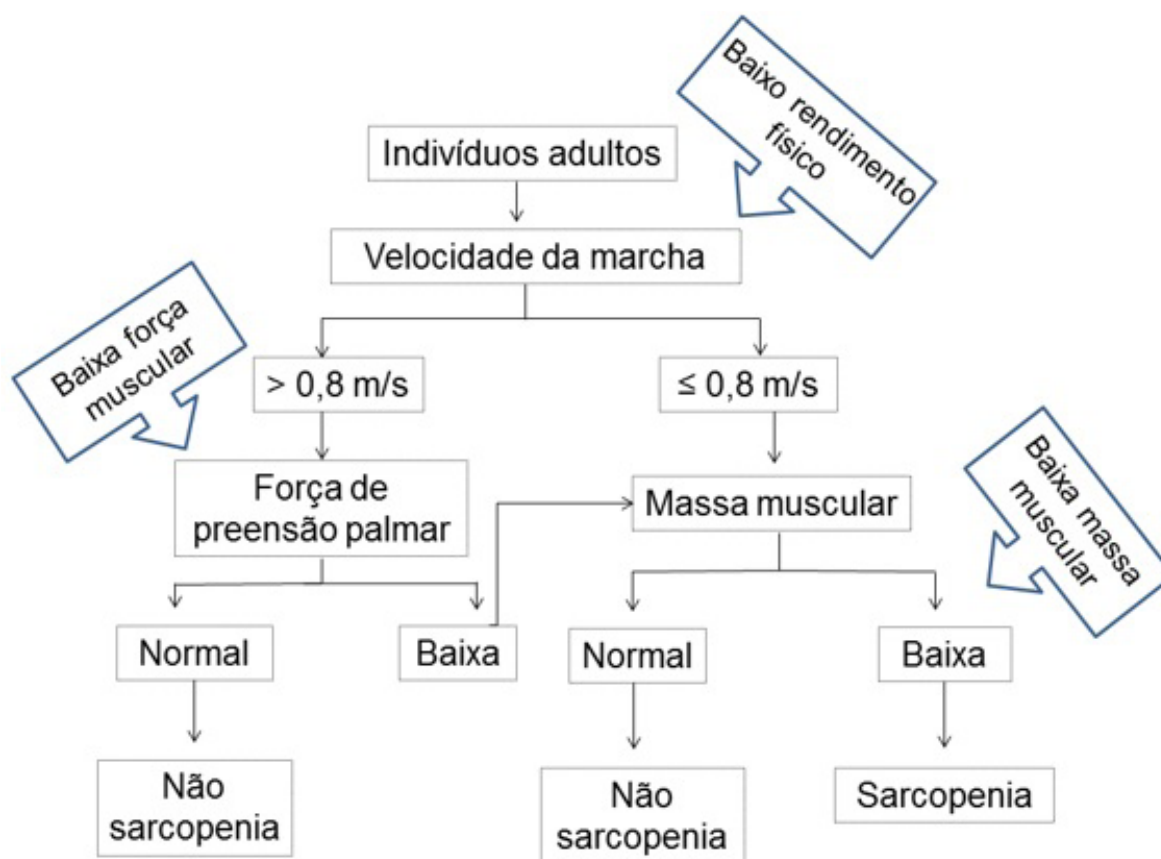


Figura 1 - Algoritmo proposto pelo EWGSOP para o rastreamento de sarcopenia.

REFERÊNCIAS

1. Valentova M, von Haehling S. An overview of recent developments in the treatment of heart failure: update from the ESC Congress 2013. *Expert Opin Investig Drugs*. 2014.
2. Abellan van Kan G. Epidemiology and consequences of sarcopenia. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(8):708-12.
3. Doherty TJ. Invited review: Aging and sarcopenia. *J Appl Physiol* (1985). 2003;95(4):1717-27.
4. Buchman AS, Wilson RS, Boyle PA, Tang Y, Fleischman DA, Bennett DA. Physical activity and leg strength predict decline in mobility performance in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(10):1618-23.
5. Cesari M, Pahor M, Lauretani F, Zamboni V, Bandinelli S, Bernabei R, et al. Skeletal muscle and mortality results from the InCHIANTI Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009;64(3):377-84.
6. Newman AB, Kupelian V, Visser M, Simonsick EM, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, et al. Strength, but not muscle mass, is associated with mortality in the health, aging and body composition study cohort. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61(1):72-7.
7. Janssen I, Heymsfield SB, Ross R. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(5):889-96.
8. Lauretani F, Russo CR, Bandinelli S, Bartali B, Cavazzini C, Di Iorio A, et al. Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis

- of sarcopenia. *J Appl Physiol* (1985). 2003;95(5):1851-60.
9. Evans WJ. What is sarcopenia? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1995;50 Spec No:5-8.
10. Evans WJ. Skeletal muscle loss: cachexia, sarcopenia, and inactivity. *Am J Clin Nutr*. 2010;91(4):1123S-7S.
11. Newman AB, Kupelian V, Visser M, Simonsick EM, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, et al. Strength, but not muscle mass, is associated with mortality in the health, aging and body composition study cohort. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2006;61(1):72-7.
12. Lauretani F, Russo CR, Bandinelli S, Bartali B, Cavazzini C, Di Iorio A, et al. Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis of sarcopenia. *J Appl Physiol*. 2003;95(5):1851-60.
13. Manini TM, Visser M, Won-Park S, Patel KV, Strotmeyer ES, Chen H, et al. Knee extension strength cutpoints for maintaining mobility. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(3):451-7.
14. da Silva Alexandre T, de Oliveira Duarte YA, Ferreira Santos JL, Wong R, Lebrão ML. Sarcopenia According to the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) Versus Dynapenia as a Risk Factor for Mortality in the Elderly. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(8):751-6.
15. Manini TM, Clark BC. Dynapenia and aging: an update. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2012;67(1):28-40.
16. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-23.
17. Fleg JL, Morrell CH, Bos AG, Brant LJ, Talbot LA, Wright JG, et al. Accelerated longitudinal decline of aerobic ca-

capacity in healthy older adults. *Circulation*. 2005;112(5):674-82.

18. Frisoli A, Ingham SJ, Paes Â, Tinoco E, Greco A, Zanata N, et al. Frailty predictors and outcomes among older patients with cardiovascular disease: Data from Fragicor. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;61(1):1-7.

19. Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(8):531-2.