



REVISTA DA SPGG

Sociedade Portuguesa
de Geriatria e Gerontologia

N.0 | Dezembro | 2021 | Revista oficial SPGG

“É PRECISO DESMISTIFICAR O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO E DISSOCIÁ-LO DE VALOR NEGATIVO”

..... PÁG. 07

Prémio de Geriatria e Gerontologia Dr. José Reis Júnior

..... PÁG. 06

Reflexões sobre a HTA em doentes idosos e/ou frágeis

..... PÁG. 13

Úlceras de pressão: Pensando nas feridas dos portugueses...

..... PÁG. 29

Novas estratégias de prevenção do isolamento e solidão não desejada: O CASO DO PROJETO RADAR

..... PÁG. 33

Longevidade e Direitos

..... PÁG. 37

Com o apoio:



SAÚDE ONLINE

WWW.SAUDEONLINE.PT

TUDO O QUE ACONTECE
NA SAÚDE AO LONGO DO DIA,
TODOS OS DIAS



Aceda a informação exclusiva para profissionais de saúde em
www.saudeonline.pt

O portal **Saúde Online** é hoje, indiscutivelmente, a principal referência, entre os meios dedicados à divulgação de informação especializada na área da saúde sendo também o **órgão de comunicação social com maior audiência no segmento da saúde.**

SUMÁRIO



JOSÉ AUGUSTO SIMÕES

Abordagem da pessoa idosa nos Cuidados de Saúde Primários

PÁG. 10



ÁLVARO FERREIRA DA SILVA

Quedas nas Pessoas Idosas residentes em ERPI

PÁG. 25



STELLA BETTENCOURT DA CAMARA

Gerontologia, Geriatria e Envelhecimento Demográfico

PÁG. 12



FRANCISCO ANTUNES

Estação invernal e infecções respiratórias. Como prevenir!

PÁG. 28



MANUEL CARRAGETA

A insuficiência cardíaca no idoso: aspetos particulares

PÁG. 15

CARLOS ROBALO CORDEIRO

Gripe. “Temos um cocktail explosivo no que se pode prever para esta época”

PÁG. 32

ANTÓNIO M. FONSECA

Envelhecer - Uma prequela

PÁG. 38



Propriedade
Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia

Diretor
Manuel Carrageta

Editor
Mário Pereira Pinto

Editores Adjuntos
Álvaro Ferreira da Silva
José Augusto Simões
Stella Bettencourt da Camara

Redação
Cláudia Brito Marques
cmarques@saudeonline.pt

Tiago Caeiro
tcaeiro@saudeonline.pt

Daniela Tomé
danielatome@saudeonline.pt

Equipa Comercial
João Sala
joaosala@saudeonline.pt

Ana Gaspar
agaspar@saudeonline.pt

Fotografia
Mário Pereira

Design Gráfico e Paginação
André Soler

Concelho Científico: Presidente:
Manuel Carrageta

NORTE Vice-Presidente:
António Leuschner
Ovidio Costa

Vogal:
Álvaro Ferreira da Silva
José Ferreira Alves
Manuel Viana
Mário Pereira Pinto

CENTRO Vice-Presidente:
Frederico Teixeira

Vogal:
José Augusto Rodrigues Simões

SUL Vice-Presidente:
Mária João Quintela
Manuel José Lopes
Rui Leão Martinho

Secretário-Geral
Pedro de Moura Reis

Tesoureiro
Rui Manuel Rosado Soares

Vogal:
José Coucello
Luís Cortez Pinto
Paula Guimarães
Stella Bettencourt da Camara

REGIÕES AUTÓNOMAS Vogal:
Rosa Afonso
Sandro Miguel Teles Jorge

Sede Social
SPGG – Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia
Associação de Medicina Geriátrica e Gerontologia

Av. Miguel Bombarda, 61 - R/c Esquerdo | 1050-161 Lisboa
| T. 213584380 | M. 91 849 44 68 | geral@spgg.com.pt | www.spgg.com.pt

Edição e Publicidade
SaúdeOnline – Comunicação, MMLA, Lda.
Rua Vieira da Silva 45
1350-342 LISBOA
www.saudeonline.pt
geral@saudeonline.pt

Sede da Redação
Rua António Quadros 1 – 1ªA
1600-875 LISBOA

Telefone:
+351 217 655 293

Propriedade
Joana Correia de Freitas Santos Coração de Figueiredo Araújo (50%)
Luís Nuno de Figueiredo Araújo (50%)
Rua António Quadros 1 – 1ªA
1600-875 LISBOA

Informação Fiscal
Saudeonline Comunicação MMLA, Lda.
NIF: 514083913
Rua António Quadros 1, 1A
1600-875 LISBOA

Isenção de registo na ERC, nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 12º do decreto regulamentar nº8/99, de 9 de junho
Isenção de registo na ERC, nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 12º do decreto regulamentar nº8/99, de 9 de junho

Periodicidade
Trimestral

A Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPGG) é uma publicação científica trimestral da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG), que tem como missão publicar artigos de alto nível técnico-científico, que contribuam, direta ou indiretamente, para promoção do conhecimento na área do envelhecimento humano e a melhoria da prática da geriatria e da gerontologia. A SPGG, com uma história de quase 70 anos, quer desenvolver mais um espaço de debate e atualização científica estimulante sobre os temas mais importantes do envelhecimento e das patologias específicas das pessoas idosas, procurando reforçar a sua colaboração com outras instituições nacionais e internacionais, relevantes das áreas científica e social. Os periódicos científicos desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da geriatria e da gerontologia, a exemplo do que tem sido observado em praticamente todas as outras especialidades. O lançamento da RPGG, como periódico oficial da SPGG, representa seguramente um marco importante para o progresso da área do envelhecimento humano em Portugal. O seu objetivo é a publicação de artigos científicos, incluindo editoriais, artigos originais, artigos de revisão, relatos de casos, comunicações breves, entrevistas, notícias relevantes, cartas ao editor e outros referentes a assuntos e estudos de interesse técnico nas áreas do envelhecimento humano, da geriatria e da gerontologia. Esta publicação deve ser entendida como um projeto



Manuel Carrageta
Presidente da SPGG

coletivo, em constante aperfeiçoamento e desenvolvimento. Saliente-se que, logo no seu início, reúne vários dos requisitos necessários para sua indexação, num futuro próximo. Citem-se as suas características de periódico trimestral, a revisão por pares e possuir um conjunto de editores, altamente qualificados. Neste sentido, a participação de todos torna-se insubstituível, inclusive na ampla e necessária mobilização para a captação de artigos de alta qualidade científica. Por último, ainda que este seja um projeto feito em equipa, não podemos deixar de testemunhar o empenho particular de personalidades como Mário Pereira Pinto, como editor principal, de Álvaro Ferreira da Silva, José Augusto Simões e Stella Bettencourt da Câmara, como editores associados, bem como a imprescindível contribuição técnico-científica do Conselho Editorial. Esta revista, uma concretização da atual Direção, no mandato 2021-2025, tem um formato moderno e adequado ao universo científico, e está baseada numa plataforma aberta, acessível livremente aos leitores interessados. A Direção assume o compromisso com o editor principal, os editores associados e o Conselho Editorial de dar todo apoio e estímulo necessários para garantir o sucesso desta publicação. A terminar, desejo que a Revista, através de um trabalho conjunto interdisciplinar, permita aprofundar os conhecimentos nas áreas do envelhecimento humano, da geriatria e da gerontologia, de modo a melhorar a saúde e o bem-estar da nossa população com idades mais avançadas.



Prémio de Geriatria e Gerontologia

Dr. José Reis Júnior

DR. JOSÉ REIS JÚNIOR
(1908 - 2012)

Relembrando a história da fundação da geriatria nacional e internacional na década de 1950, recorde-se que foi o médico Dr. José Reis Júnior (Lagos 1908-2012 Lisboa) o pioneiro no nosso país destes verdadeiros movimentos inovadores na comunidade científica do pós-guerra, quando em junho de 1950 em Liège, na Bélgica, foi convidado pelo presidente do I Congresso Internacional de Gerontologia Prof. Lucien Brull a fazer parte do Conselho Diretivo fundador da International Association of Gerontology. Logo no ano seguinte tomou a iniciativa de propor à vetusta Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa - SCML - (fundada no século anterior, em 1822) ao seu presidente na época, Professor Costa Sacadura, a criação de uma secção de geriatria, com o nome de Sociedade Portuguesa de Geriatria. Assim, na 11.ª sessão, de 22 de maio de 1951 da SCML é instituída a Sociedade Portuguesa de Geriatria, tendo o Dr. José Reis Júnior apresentado a comunicação “História da geriatria através dos tempos”.

Recorde-se que o “Prémio de Geriatria Dr. José Reis Júnior” - que nele consagra o nome do referido médico Dr. José Reis Jr., o qual desde 1990, após as eleições desse ano para a direção da SPGG em que toma posse como seu presidente o Professor F. Cerqueira Magro (Porto 1921-2014), foi o primeiro presidente honorário da SPGG - tinha sido criado pela SPGG, no ano 2000 e destinado ao melhor trabalho/artigo no âmbito da medicina geriátrica publicado na Revista “Geriatria - A Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica” (1988-2009), órgão oficial mensal da SPGG, cujo primeiro diretor foi o Dr. Pedro de Moura Reis.

O presente PRÉMIO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DR. JOSÉ REIS JÚNIOR agora novamente instituído, no valor global de 500 euros, visa reconhecer um ou mais artigos que vierem a ser publicados na nova Revista online de Geriatria e Gerontologia, e classificados como relevantes na formação ou investigação no campo da geriatria e da gerontologia.

Lisboa, 17 de novembro de 2021

Pedro de Moura Reis

The International Association of Gerontology			Testing the Waters		
TABLE 1.2 Organizing Committee and Participants— First International Congress of Gerontology, Liège, Belgium, July 10-12, 1950			TABLE 1.2 (continued)		
Organizing Committee			Participants		
Office	Member	Country	Country or society	Number	Participants
Honorary President	H. Frédéricq	Belgium	British Medical Society for the Care of the Elderly	1	*Dr. Marjory Warren
Chairman	L. Brull	Belgium	Scottish Branch of the British Society for Research on Ageing	4	*Prof. Crew, Dr. O. Olbrich, Dr. A. G. Anderson, Dr. E. Geiringer
Secretary	A. Divry	Belgium	Ireland	1	*Dr. J. Fleetwood
	J. Firket	Belgium	Italy	24	*Prof. E. Greppl, Prof. G. Aiello, Prof. M. Coppo, Prof. Felice Porta, Prof. M. Bassi, Dr. G. Scardigli, Dr. A. Torsini, Prof. L. Ferrannini, Dr. P. Alcece, Prof. Ceironi, Dr. Morpurgo, Prof. Fahreni, Prof. Albanese, Dr. Bellini, Prof. A. Fraschini, Dr. G. Mars, Dr. Braglio, Doctoresse Braglia, Prof. A. Zironi, Dr. E. Tanturri, Dr. V. Luminia, Dr. M. Bianchi, Dr. Scimone, Prof. Ahleri
	R. Weekers	Netherlands	Netherlands	11	*Prof. J. G. Sleswijk, Prof. B. C. B. Jansen, Dr. van der Spek, Dr. W. A. Kampman, Dr. Bruin, Dr. H. Steenart, Dr. Teemsta, Dr. J. C. Goudriaan, Doctoresse Goudriaan, Dr. Branger, Dr. Emmanuels
	J. C. Sleswijk	Great Britain	Portugal	1	*Dr. J. Reis
	V. Korenchevsky	Denmark	Spain	2	Prof. Beltran-Baguena, *Dr. M. Parilla-Casas
	T. Geill	Italy	Sweden	9	*Prof. H. von Euler, Dr. S. Eriandsson, Dr. Olhagen, Dr. A. Berggren, Dr. G. Hamrin, Dr. G. A. Johansson, Dr. S. Eckerstrom, Dr. T. Jansson, Dr. E. Liedstrand
	F. Bourlière	France	Switzerland	2	*Dr. A. L. Vischer, Prof. A. von Albertini
			U.S.A.	9	*Prof. E. V. Cowdry, Dr. Brian T. Shorney, *Prof. A. J. Carlson, *Prof. A. I. Lansing, *Prof. R. A. Moore, *Prof. N. W. Shock, Prof. W. B. Kountz, Dr. O. J. Pollak, Dr. Eric Ogden
					Total registrants = 113 from 14 countries
					*Designated as official representative of a society.

Em IAG . A Chronicle - 1950 to 1986 Nathan W. Shock

“É IMPORTANTE QUE O TRATAMENTO DAS PESSOAS IDOSAS NÃO SE FOCUE APENAS EM EVITAR A MORTE”

O presidente da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG), **Manuel Carrageta**, afirma que são várias as alterações que deverão ocorrer nos próximos anos, no sentido de promover a integração ativa das pessoas idosas na sociedade. Segundo o especialista, uma das medidas urgentes passa por aumentar os conhecimentos geriátricos dos médicos.

Enquanto presidente da SPGG, que “ponto de situação” faz da Geriatria a nível nacional?

Fundamentalmente, os desafios que temos sentido, enquanto direção, relacionam-se com o facto de a Geriatria ainda estar numa fase embrionária em Portugal. Assim sendo, a Geriatria, ainda não é uma especialidade médica, mas antes uma competência reconhecida pela Ordem dos Médicos (OM). No nosso país estamos um pouco atrasados em relação a outros países europeus, por isso esperamos que em devido tempo esta se venha a tornar numa subespecialidade.

Nesse sentido, devemos aumentar os conhecimentos geriátricos dos médicos, pois, hoje em dia, praticamente todas as especialidades têm de lidar com pessoas em idade mais avançada, com quadros clínicos mais complexos e cujas doenças se podem manifestar de forma atípica. Por exemplo, o enfarte agudo do miocárdio (EAM) numa pessoa de meia-idade manifesta-se pela clássica dor no peito, enquanto nas pessoas idosas, particularmente nas mais frágeis, pode apresentar-se por uma crise de confusão mental, uma síncope, falta de ar e até, simplesmente, um grande cansaço. De facto, nas pessoas mais idosas, o diagnóstico pode ser mais difícil tendo em conta que algumas doenças, se manifestam de forma diferente.

É, por isso, um dos objetivos primários da SPGG aumentar o conhecimento dos clínicos, no sentido de estarem mais atentos e conscientes das peculiaridades das doenças nas pessoas de idade avançada, ou seja, aquilo que eu chamo “geriatrizar” a prática clínica.

A Sociedade tem ainda outros objetivos, como estabelecer recomendações sobre os principais problemas da população



geriátrica; desenvolver a revista de Geriatria; continuar a realizar o congresso anual, assim como cursos para médicos, promover o intercâmbio internacional, combater o “idadismo”, que é o preconceito mais prevalente na nossa sociedade...

Quais é que considera serem os principais desafios sentidos pelas pessoas na terceira e quarta idades?

Um deles é de facto haver esta ideia de

que os idosos são um peso para a sociedade. Há uma grande preocupação com os problemas da saúde dos idosos e até com as suas reformas, mas todos estes tópicos são olhados numa perspectiva negativa. Pelo contrário, devemos ter uma visão positiva e esta passa por perceber que as pessoas estão a viver mais anos e em melhores condições. Atualmente, uma pessoa com 70 anos tem um estado funcional equivalente ao que uma pessoa de 60 anos tinha há cinco décadas.

Hoje em dia, muitas pessoas idosas continuam a estar aptas e a desejar continuar a trabalhar. Há idosos que continuam a ter empregos em part-time, a dar suporte às suas famílias cuidando por exemplo dos netos, e outros colaboram ainda em instituições de solidariedade social.

Eu creio que a sociedade tem de se adaptar, na medida em que há cada vez menos pessoas a trabalhar e cada vez há mais pessoas a viver da segurança social. É necessário repensarmos a ideia da obrigatoriedade da reforma, pois muitos idosos têm condições e gostariam de continuar a trabalhar. A reforma obrigatória em determinada idade pode ser uma restrição não realista para o estado da demografia e da economia dos países ocidentais.

UM DOS OBJETIVOS PRIMÁRIOS DA SPGG É AUMENTAR O CONHECIMENTO DOS CLÍNICOS, NO SENTIDO DE ESTAREM MAIS ATENTOS E CONSCIENTES DAS PECULIARIDADES DAS DOENÇAS NAS PESSOAS DE IDADE AVANÇADA

Acredita que é, por isso, necessária uma reformulação na abordagem clínica a estes doentes?

Exatamente. É, sobretudo, importante que o tratamento das pessoas idosas não se foque apenas em evitar a morte. As pessoas idosas, quando são questionadas, dizem que sobretudo não querem sofrer, mas sim viver enquanto tiverem suficiente qualidade de vida. Nós, médicos, não nos devemos focar no tratamento das pessoas só em função da idade. Devemos ter em atenção como é que o doente se encontra do ponto de vista biológico e devemos ser assertivos no tratamento do idoso saudável, ainda que muitos deles tenham doenças crónicas

associadas (visão reduzida, surdez, problemas articulares, entre outros). Também temos de ter em atenção e respeitar as prioridades de saúde do doente.

Quando pensamos em tratar o idoso, devemos pensar não só em aliviar os sintomas, mas também em manter a sua funcionalidade e a sua autonomia. Enquanto, por exemplo, no indivíduo jovem o problema principal no caso de um EAM é evitar a morte, no caso das pessoas de idade, como estas já têm uma função mais baixa, é importante evitar que, além da morte, entrem em incapacidade e dependência. As terapêuticas não devem ser baseadas na idade, mas no estado biológico e clínico do doente. Temos de ter especial atenção, porque um dos sentimentos que as pessoas idosas transmitem aos médicos - e isso foi notório principalmente neste período da pandemia - é que muitas têm medo de ir ao hospital porque têm a sensação de que o facto de serem mais velhos leva a que os médicos não se empenhem da mesma maneira no seu tratamento. Esta perceção não pode acontecer, pois temos de tratar as pessoas idosas com mesmo respeito e a mesma atenção que trataríamos uma pessoa da nossa família.

Acha que uma das soluções para a melhoria do acompanhamento dado a estes doentes passa pela criação, pela OM, da especialidade de Geriatria?

Relativamente à especialidade de Geriatria, nós já temos a competência reconhecida pela OM, o que é um bom começo e que tende a evoluir gradualmente, no sentido da criação da especialidade, ainda que tal dependa das dinâmicas dentro da OM e dos próprios ministérios, que poderão mais cedo ou mais tarde levar a criar a especialidade de Geriatria, tal como existe em Espanha, em Itália, em França ou em Inglaterra, etc. Mas, mais importante do que a criação da especialidade é a necessidade de os médicos terem alguns meses de formação em Geriatria, nomeadamente os médicos que exercem em lares, para poderem ser mais eficiente na prestação de cuidados a esses doentes, que são os mais frágeis e os mais difíceis de tratar da nossa sociedade.

Entendo que deveria haver um treino específico para os médicos que trabalham nos lares, através de uma coordenação entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - pois existe aqui uma sobreposição entre os dois ministérios - de modo a promover programas de formação e de

atualização destes médicos. Muitas das pessoas institucionalizadas apresentam situações complexas e, por serem, como já referi, as mais frágeis da sociedade, precisam de ter um acompanhamento da maior qualidade clínica. Para este trabalho, a SPGG manifesta a sua disponibilidade.

ESTE CONGRESSO É UMA EXCELENTE OPORTUNIDADE PARA TODOS OS PROFISSIONAIS COM INTERESSE EM GERONTOLOGIA E GERIATRIA SE REUNIREM E PARTILHAREM OS AVANÇOS OCORRIDOS RECENTEMENTE NAS SUAS ÁREAS DE INVESTIGAÇÃO

Na sua visão, acha que deveria ser feita alguma reestruturação da comunicação dos cuidados de saúde?

Temos de pensar muito na prevenção, insistir muito na alimentação saudável, na necessidade de exercício físico diário, combater o tabagismo e o consumo excessivo de álcool e trabalhar muito ao nível da educação da saúde nas escolas. As crianças são “uma esponja” e tudo o que puderem aprender desde cedo será benéfico, além de que levarão para casa estas mensagens e elas próprias poderão fazer os pais repensar algumas opções alimentares e outras de estilo de vida saudável.

É importante estimular a atividade física, aproveitando todas as oportunidades para andar a pé ou de bicicleta. Igualmente fundamental é a existência de jardins/parques de proximidade em todos os bairros, pois permitem que as gerações se encontrem e promovam a prática da atividade física, bem como torna as cidades mais ecológicas, amenizando até o clima.

Tudo isto envolve alterações profundas na nossa sociedade, que terão implicações na saúde - a saúde ambiental tem um papel determinante na saúde das populações.

QUANDO PENSAMOS EM TRATAR O IDOSO, DEVEMOS PENSAR NÃO SÓ EM ALIVIAR OS SINTOMAS, MAS TAMBÉM EM MANTER A SUA FUNCIONALIDADE E A SUA AUTONOMIA



Quais os grandes objetivos do 41. Congresso Português de Geriatria e Gerontologia?

Este Congresso, realizado todos os anos, é uma excelente oportunidade para médicos de diferentes especialidades, gerontologistas, enfermeiros, especialistas da área social, farmacêuticos, economistas da saúde, enfim, todos os profissionais com interesse em gerontologia e geriatria, se reunirem e partilharem os avanços ocorridos recentemente nas suas áreas de investigação. É, sem dúvida, o principal fórum interdisciplinar e multidisciplinar, realizado em Portugal, para investigadores, clínicos e educadores, em que são apresentadas e discutidas as mais recentes e importantes inovações, desafios e soluções nos campos da gerontologia e da geriatria. O programa científico constará de conferências, mesas-redondas, painéis,

comunicações-livres e discussão de posters. Aos melhores trabalhos será atribuído o Prémio Dr. José Reis Júnior, o fundador da Sociedade e o grande pioneiro da Geriatria em Portugal.

Qual a expectativa face ao regresso a um modelo presencial?

É o grande desejo de todos poder retornar à convivialidade, voltar a trocar olhares, sorrisos e abraços, mas julgo que, infelizmente, durante muito tempo, vamos ter de apostar nas reuniões híbridas, que serão tanto mais ou menos presenciais, consoante os níveis de pandemia que existirem na data de realização das reuniões. É um novo mundo a que, prudentemente, temos de nos adaptar, enquanto a ciência não nos der uma resposta mais adequada.

É O PRINCIPAL FÓRUM INTERDISCIPLINAR E MULTIDISCIPLINAR, REALIZADO EM PORTUGAL, EM QUE SÃO DISCUTIDAS AS MAIS RECENTES E IMPORTANTES INOVAÇÕES, DESAFIOS E SOLUÇÕES NOS CAMPOS DA GERONTOLOGIA E DA GERIATRIA

A

medicina clínica baseada na identificação e controlo dos fatores de risco tem obtido excelentes resultados, sendo responsável pela descida, nas últimas décadas, da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, conseguidos principalmente pelo controlo da hipertensão arterial, hiperlipidemia, diabetes e redução do tabagismo. Enquanto a gestão destas doenças são hoje uma rotina nos cuidados primários, que tratam adequadamente a esmagadora maioria dos casos, já a gestão dos sintomas atípicos, das multimorbidades, das doenças crónicas, das síndromes geriátricas e da fragilidade das pessoas idosas, têm ainda lacunas importantes. Julgamos que chegou o momento da formação e treino dos profissionais de saúde deverem ser reorientados para o ensino da gestão das síndromes geriátricas e das doenças crónicas.

Abordagem da pessoa idosa nos Cuidados de Saúde Primários

A população mundial está a envelhecer e a portuguesa não é exceção. Em 2020, a população idosa (≥ 65 anos) era 22,1% do total da população portuguesa e estima-se que venha a ser 30% em 2050.¹

No contexto do envelhecimento, o acesso aos serviços de saúde, nomeadamente aos cuidados de saúde primários (CSP), que devem funcionar numa lógica de proximidade, é relevante.²

No entanto, estão documentadas barreiras à utilização dos cuidados de saúde, nomeadamente para os utentes pouco frequentadores e para os idosos, devido à forma de organização dos serviços, às características socioeconómicas da população idosa, ao modelo de urbanização e à fraca rede de transportes públicos.¹⁻³

Em Portugal, os cuidados à pessoa idosa, no nível dos CSP, são desenvolvidos nas unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), nomeadamente pelas Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). As duas primeiras prestando cuidados de ambulatório, através do médico e enfermeiro de família, e as UCC prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo.⁴

O Center for Medicare and Medicaid Services (CMS), dos Estados Unidos, estabeleceu em 2016 uma estratégia de qualidade com três objetivos: melhores cuidados, pessoas e comunidades saudáveis e gastos inteligentes. Estabelecendo seis prioridades para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelo sistema de saúde: tornar o atendimento mais seguro, fortalecer o en-

volvimento da pessoa e família, promover a comunicação e coordenação eficaz dos cuidados, promover prevenção e tratamento eficazes, trabalhar com as comunidades para promover melhores práticas de vida saudável e tornar os cuidados acessíveis.⁵

Todos os profissionais que prestam cuidados a idosos devem operacionalizar estes objetivos. Sendo que o objetivo geral é que a pessoa idosa seja bem atendida, com cuidados de alta qualidade, seguros e a um baixo custo.⁶

Assim, as pessoas idosas e seus familiares devem ser envolvidas, de modo a serem parceiras no seu cuidado, através de uma prática de Medicina Centrada na Pessoa. Os médicos de família devem coordenar os cuidados entre as várias instituições que cuidam os seus pacientes idosos, estabelecendo uma comunicação eficaz com os outros níveis de cuidados, bem como com os idosos e seus familiares.⁶

Além disso, é preciso trabalhar com as comunidades locais para criar e implementar melhores práticas, que incorporem estratégias de prevenção com o objetivo de manter os pacientes e as populações mais saudáveis. E, devem ser ponderadas medidas de discriminação positiva para certos cuidados preventivos, de modo a prolongar a autonomia e a qualidade de vida das pessoas idosas.^{1,6}

Como as pessoas idosas tendem a apresentar multimorbilidade, com doenças crónicas, a que se juntam problemas sociais, cognitivos ou funcionais, a sua necessidade de cuidados de saúde é maior, pelo que as equipas de saúde devem trabalhar com as autoridades locais para tornar os cuidados de saúde mais acessíveis a esta população.



José Augusto Simões

Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar

Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos. Professor Associado Convidado da Universidade da Beira Interior

Referências bibliográficas:

1. Quintal C, Lourenço O, Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Rev Port Saúde Pública*. 2012;30(1):35-46.
2. Costa EM, Costa NM, Louro A, Barata M. "Geografias" do acesso dos idosos aos cuidados de saúde primários na Área Metropolitana de Lisboa, Portugal - um território de diferenças. *Saúde Soc São Paulo*. 2020; 29(2): e200108. doi:10.1590/S0104-12902020200108.
3. Barata, MSS. Acessibilidade dos idosos aos cuidados de saúde primários: Uma abordagem em contexto de urbanização dispersa na AML. Tese de Mestrado. Universidade de Lisboa. 2021.
4. Serviço Nacional de Saúde. Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento das Unidades de Cuidados na Comunidade. Relatório de Atividades 2017-2019. Acessível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/07/RelAtGT_UCC_2017_2019.pdf
5. The Center for Medicare and Medicaid Services Quality Strategy. 2016. Disponível em <http://https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/CMS-Quality-Strategy.pdf>
6. Bakerjian D. Visão Geral do Cuidado Geriátrico. Manual MSD. 2020.

Gerontologia, Geriatria e Envelhecimento Demográfico

Stella Bettencourt da Câmara
Professora no ISCSP – Universidade de Lisboa

"Tempo presente e tempo passado.
Estão ambos talvez presentes no tempo futuro.
E o tempo futuro contido no tempo passado."
T. S. Elliot (1888-1965)

"É a primeira vez na história da humanidade que
uma sociedade se torna uma sociedade de todas as idades (...)"
Gineste & Pellissier (2000:49)



Vivemos numa época sem igual no que diz respeito ao quantitativo da população que alcança idades cada vez mais avançadas. Contudo, tendemos a olhar para esta conquista como um problema pessoal e social. O indivíduo, em geral, associa o envelhecimento a perdas (estatuto, saúde, rendimentos, entre outros), e a sociedade ao custo que representa uma população cada vez mais envelhecida. Estas considerações parecem resultar da enorme iliteracia que, ainda hoje, se verifica na sociedade atual. O envelhecimento, quer do indivíduo, quer da sociedade, resulta de um processo e, não é um fim em si mesmo. Neste sentido, consideramos que a Gerontologia e a Geriatria têm, e continuarão a ter, um papel fundamental na mudança da narrativa sobre o envelhecimento.

Vejamos, de seguida, como se definem as duas ciências e os seus objetos para depois fazermos uma breve resenha do envelhecimento demográfico no Mundo e em Portugal. Contemplámos três momentos, 1900 (década em que são criados os termos – Gerontologia e Geriatria), 2020 (atualidade) e 2050 (futuro próximo).

Gerontologia, Geriatria

O termo Gerontologia foi introduzido pela primeira vez, por Élie Metchnikoff, em 1903, no seu livro *Études sur la nature humaine. Essai de Philosophie Optimiste*. Segundo Hernández-Rodríguez, pode definir-se como a ciência que observa e estuda o processo de envelhecimento, a partir de

um conhecimento multidisciplinar, e que analisa e avalia a pessoa idosa no contexto atual e da sua projeção no futuro (cit. por Câmara, 2015: 403). A Gerontologia, segundo Víctor, Westerhof & Bond (2007:85), caracteriza-se, pela sua abordagem multidisciplinar e até interdisciplinar, por exemplo, no estudo das relações das pessoas idosas com as outras pessoas, no estudo das relações entre a população idosa e o meio ambiente, ou ainda, no estudo do significado de envelhecimento e velhice. Tem por objeto o processo de envelhecimento, a velhice e a pessoa idosa (Fernández-Ballesteros, 2004:35). Quanto ao termo Geriatria foi introduzido pela primeira vez, por Ignatz Leo Nascier, em 1909, no artigo "Geriatrics". Nascier usa dois vocábulos gregos, *geron*, (velho) e *iatrios* (tratamento médico), para denominar assim a especialidade médica que se ocupa das doenças das pessoas idosas. E, segundo ele, a Geriatria pode definir-se como "um ramo da gerontologia e da medicina que trata da saúde das pessoas de idade avançada, em todos os seus aspetos, preventivo, clínico, de reabilitação e de vigilância contínua" (OMS, 1974 in Rodrigues e Terra, 2006:25). Tem como objeto epistémico as doenças que ocorrem durante a velhice, ainda que tenha um interesse lógico pelos processos básicos do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2004:37).

Envelhecimento Demográfico: 1900, 2020 e 2050

No início do século XX, quando os

termos Geriatria e Gerontologia são introduzidos pela primeira vez, existiam no Mundo 1,6 mil milhões de pessoas (UN, 2000) e as que tinham 60 e mais anos representavam 6,9% da população total (Eagles, McCool & Haynes (2002). Portugal, nesta altura, contabilizava 5,6 milhões de pessoas e a população com 60 e mais anos representava 9,4% (Pinto & Rodrigues, 1992).

Hoje, existem 7,8 mil milhões de pessoas no Mundo (PRB, 2021) e a proporção da população com 60 e mais anos é de 13,8% (UN, 2019). Relativamente a Portugal, contabiliza 10,2 milhões de indivíduos e os que têm 60 e mais anos representam 29,1% (INE).

As estimativas para 2050, mostram a tendência do envelhecimento da população, quer no Mundo, quer em Portugal. Assim, estima-se que nesta altura vivam no Mundo 9,7 mil milhões de pessoas (UN, 2019) e destas 2,1 mil milhões terão 60 ou mais anos de idade (WHO, 2021). Para Portugal as estimativas são 9,6 milhões para a população total e de 3,9 milhões para a população com 60 e mais anos de idade (INE, 2020).

É neste enquadramento, de maior longevidade do indivíduo e de envelhecimento demográfico, que surge a RPPG - Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Pretende-se que contribua para a promoção do conhecimento, no âmbito da Gerontologia e Geriatria, através da disseminação da investigação e de artigos técnico-científicos. A RPPG é dirigida para a comunidade científica, mas, tam-

bém, para os profissionais e alunos da área.

Referências Bibliográficas e Sites Consultados

Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Câmara, S. (2015). *Atitudes de futuros profissionais de saúde e serviço social face ao trabalho com a população idosa*. Escala de Kogan e relações intergeracionais. Tese de Doutoramento em Gerontologia. Universidade da Coruña.

Eagles, P., McCool, S. & Haynes, C. (2002). *Sustainable Tourism in Protected Areas: Guidelines for Planning and Management*. IUCN Gland: Switzerland and Cambridge, UK.

Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). *Humanidade. Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.

Pinto, M. L. & Rodrigues, T. (1992). *A Evolução da População ao Longo do Século XIX – Uma Perspectiva Global*. Revista Fórum Sociológico, n.º 3, pp. 145-172.

Rodrigues, N. & Terra, N. (2006). *Gerontologia Social para Leigos*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

UN (2000). *Long-range World Population Projections: Based on the 1998 Revision*. The Population Division, Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations Secretariat.

Victor, C., Westerhof, G. J., & Bond, J. (2007). *Researching ageing*. In J. Bond, S. Peace, S., F. Dittmann-Kholi, F. & Westerhof, G. (Eds.). *Ageing in Society. European Perspectives on Gerontology* (85-112). London: Sage Publications.

Sites consultados

INE – www.ine.pt

WHO – www.who.org

UN – www.un.org

PRB – www.prb.org

Reflexões sobre a HTA em doentes idosos e/ou frágeis

Manuel Viana

Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar
Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos



A abordagem terapêutica da hipertensão arterial nas pessoas muito idosas com 80 ou mais anos deve ser feita numa forma específica. É o segmento da população com o maior crescimento nos próximos 40 anos; além disso, a incidência e prevalência de comorbidades, fragilidade e perda de autonomia aumenta muito a partir dos 80 anos. Embora a evidência seja escassa, há estudos recentes que indicam que nestes doentes, o tratamento pode não ser o mesmo que noutros estratos etários mais baixos. O valor preditivo da TA elevada, nesta faixa etária ainda é assunto de debate, tal como o facto de se deve ou não tratar a hipertensão e com que intensidade. A associação entre a TA e o risco cardiovascular mantém-se em geral até a idade avançada, mas perde-se ou até se inverte nos idosos frágeis. A rigidez arterial progressiva com o avançar da idade, é a principal causa da elevação da tensão arterial sistólica (TAS), da elevação da pressão de pulso (PP) (A PP é a diferença entre a TAS e a tensão arterial diastólica (TAD)) assim como da descida da TAD. Estas alterações da TA relacionadas com a idade são poderosos determinantes dos eventos cardiovasculares e da mortalidade por todas as causas. As alterações estruturais e funcionais da parede arterial

e do endotélio condicionam diminuição das suas propriedades elásticas e a progressiva rigidez arterial, com desregulação da homeostasia da TA e consequente aumento da variabilidade da TA. A hipotensão ortostática (mas também a hipertensão ortostática) é a expressão mais comum desta variabilidade e fator de risco de quedas, morbidade e mortalidade cardiovascular e total. Nos idosos mais frágeis, a existência de comorbidades (cardiovasculares, neurológicas, perda de peso, desidratação, polifarmácia) podem levar à progressiva diminuição da TA, podendo, nestes doentes, a TA elevada tornar-se um marcador de boa saúde. Este fenómeno da causalidade reversa pode confundir a estratificação de risco CV baseada na TA, daí se proporem abordagens alternativas para estimar o RCV nestes doentes - a velocidade da onda de pulso (VOP), a PP ou a função endotelial. Nos idosos mais frágeis, devido à progressiva rigidez arterial, os mecanismos de autorregulação circulatória (p. e. a função dos baro-recetores) estão alterados, daí que baixas excessivas da TA, sobretudo induzidas pela medicação antihipertensiva, podem causar hipoperfusão de vários órgãos (cérebro, coração e rim) que têm limiares de auto-regulação diversos e levarem, por exemplo, a hipoperfusão cerebral e demência, isquemia do miocárdio (a per-

fusão coronária faz-se na diástole) e deterioração da função renal. Salienta-se, por conseguinte, o papel da síndrome de fragilidade como variável modificadora do impacto da TA sobre a morbimortalidade cardiovascular e total e a idade biológica (e não a cronológica) ou a existência de fragilidade como critério importante para as decisões terapêuticas. A Avaliação Geriátrica Integral (AGI) é o *gold standard* para a abordagem desta síndrome, sendo sensível para detectar de uma forma fiável os vários graus de fragilidade. Trata-se de um processo algo complexo, consumindo muito tempo, sobretudo se executado por profissionais não treinados (não geriatras). São necessários algoritmos mais simples de avaliação do grau de fragilidade/limitação funcional, aplicáveis no *dia-a-dia* pela maioria dos profissionais de saúde (Figura 1). Um objectivo primordial das intervenções terapêuticas nos idosos deve ser preservar as capacidades físicas e cognitivas, na medida em que são importantes na manutenção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida. Neste domínio o efeito do tratamento da hipertensão foi pouco estudado. Os estudos HYVET e SPRINT mostraram redução da mortalidade em octogenários e o benefício de atingir valores-alvo da TA mais baixos, respetivamente. Estes estudos e meta-

nálises recentes vieram condicionar as *guidelines* europeias de 2018. No entanto, os idosos física e mentalmente mais frágeis e os institucionalizados, foram excluídos desses estudos assim como da maioria dos ensaios clínicos. Acresce o facto de que estes dois ensaios clínicos foram conduzidos em populações selecionadas de idosos relativamente robustos da comunidade, excluindo aqueles com défice cognitivo clinicamente significativo e demência, múltiplas comorbidades cardiovasculares ou outras, hipotensão ortostática, doenças metabólicas, assim como doentes com perda de autonomia. Por conseguinte, os seus resultados não podem ser automaticamente extrapolados para a totalidade dos doentes com mais de 80 anos. Nos doentes muito idosos e frágeis (institucionalizados ou necessitando de assistência diária nas ABVD), a decisão terapêutica deve ser precedida de:

- 1 - Informação precisa da capacidade funcional e da função cognitiva;
- 2 - Estimativa, ainda que difícil, do prognóstico de doente;
- 3 - Atenção à polimedicação e ao risco de reacções adversas;
- 4 - Avaliação sistemática e estratificação da síndrome de fragilidade: com escalas que avaliam as consequências físicas da fragilidade tal como o fenótipo de Fried, ou outras mais multidomínios;

Clinical Frailty Scale*

-  **1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
-  **2 Well** – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.
-  **3 Managing Well** – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.
-  **4 Vulnerable** – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.
-  **5 Mildly Frail** – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
-  **6 Moderately Frail** – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

 **7 Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

 **8 Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

 **9 Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In severe dementia, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2009, Version 1.2, EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



Figura 1- Benetos et al Hypertension Management in Older and Frail Older Patients

5 - Identificação e correção de fatores que predisõem a uma descida excessiva da TA, a hipotensão ortostática, a outros episódios hipotensivos, tal como tratamentos concomitantes, malnutrição, desidratação e doenças agudas;

6 - Avaliação de variáveis não cardiometabólicas (poluição atmosférica, temperatura ambiente);

7 - A decisão do médico assistente de iniciar tratamento anti-hipertensor num doente muito idoso frágil, deveria ser especialmente cautelosa - monoterapia em baixas doses - com monitorização frequente do estado do doente;

8 - Manter os valores-alvo da TAS entre 130 e 150 mmHg como uma amplitude de segurança. Usar a auto-medição em casa (AMPA) e se necessário a MAPA de 24 horas para identificar os doentes tratados, com valores muito baixos da TA ou sintomáticos. Estas recomendações são sobretudo para pessoas muito idosas (ie ≥ 80 anos) com fragilidade. Mas, indivíduos mais novos que expressem a condição de fragilidade (em que se torna aparente uma discrepância entre a idade cronológica e a idade biológica) devem ser abordados de uma forma semelhante.

Numa revisão recente, Benetos et al., preconizam o uso de

uma escala numérica, visual e prática, para determinar o perfil funcional, baseada no Canadian Study of Health and Ageing (CSHA), como guia para as decisões terapêuticas - Figura 1.

Esta escala numérica visual representa uma ferramenta prática de tomada de decisão para adaptar as estratégias de tratamento anti-hipertensor; ajuda a definir o limiar de fragilidade e de declínio funcional a partir do qual o tratamento deve ser adaptado. É proposta esta abordagem para distinguir entre três perfis de pacientes: A - aqueles com estado funcional preservado (função preservada - grupos 1 - 3 do score do CSHA); B - aqueles com perda de função, mas a autonomia preservada para as AVD (perda de função/mantem autonomia para AVD - grupos 4 - 5 do score do CSHA); C - aqueles com comprometimento funcional severo e perda de autonomia

para as AVD (perda de função e perda de autonomia para as AVD - grupos 6 - 9 do score do CSHA).

A estratégia terapêutica varia consoante o perfil de doente:

Perfil A - Inclui idosos funcionalmente independentes, sem comorbilidades relevantes ou com doenças com sintomas controlados e sem impacto significativo sobre o estado funcional. Tratar segundo as *guidelines* e com os mesmos objetivos dos doentes mais novos.

Perfil B - Inclui idosos com um declínio funcional moderado, alguma dependência para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), mas ainda independentes para as atividades básicas da vida diária (ABVD); são considerados como estando numa zona cinzenta a respeito da evidência do benefício do tratamento. Para detetar a presença e a extensão da fragilidade e o declínio da capacidade funcional neste perfil, deve-se realizar uma Avaliação Geriátrica Integral (AGI) que, em última análise, permite a identificação de comorbilidades, síndromes geriátricas e o grau de comprometimento funcional e de perda de autonomia para as diferentes AVD, permitindo assim a possibilidade de considerar uma terapêutica adaptada/personalizada: pacientes com poucas comorbilidades e menor perda de autonomia terão estratégias terapêuticas anti-hipertensoras semelhantes ao perfil de função preservada (perfil A), enquanto

aqueles com múltiplas comorbilidades, presença de síndromes geriátricas e dependência nas AVD, terão uma abordagem semelhante ao perfil C, a seguir descrito.

Perfil C - Este perfil é identificado pela presença de pelo menos uma das seguintes características: comorbilidades múltiplas, demência severa, várias síndromes geriátricas, ou dependência nas AVD. A maioria dos pacientes neste grupo tem idade ≥ 85 anos. O tratamento em pacientes com este perfil deve ser reavaliado, considerando a expectativa de vida. Tem como objectivo preservar o alívio dos sintomas e a qualidade de vida. A prescrição de medicamentos deve ser frequentemente reavaliada para hierarquização de prioridades e otimização, considerando eventual desprescrição. Como o risco iatrogénico é muito elevado, deve-se privilegiar um trabalho de equipa envolvendo os vários profissionais de saúde e cuidadores.

As *guidelines* mais recentes da ISH (International Society of Hypertension) 2020, vão neste sentido e de uma forma mais simplificada propõem: idealmente: <65 anos: valor-alvo da TA <130/80 mmHg se tolerado (mas > 120/70 mmHg); ≥ 65 anos: valor-alvo da TA <140/90 mmHg se tolerado, mas considerar um valor individualizado em contexto de fragilidade, independência e tolerância ao tratamento. Considerar iniciar monoterapia na HTA grau 1 de baixo risco, nos muito idosos (≥80 anos) e nos frágeis.

Bibliografia: 1- Benetos A, Bulpitt CJ, Petrovic M, Ungar A, Agabiti Rosei E, Cherubini A, Redon J, Grodzicki T, Dominiczak A, Strandberg T, Mancia G. An expert opinion from the European Society of Hypertension European Union Geriatric Medicine Society Working Group on the management of hypertension in very old, frail subjects. *Hypertension*. 2016;67(5):820-5; 2- Kjeldsen SE, Stenehjem A, Os I, Van de Borne P, Burnier M, Narkiewicz K, Redon J, Agabiti Rosei E, Mancia G. Treatment of high blood pressure in elderly and octogenarians: European Society of Hypertension statement on blood pressure targets. *Blood Press*. 2016;25(6):333-6; 3- Ferri C, Ferri L, Desideri G. Management of hypertension in the elderly and frail elderly. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2017;24:1-11; 4- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH *Guidelines* for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39:3021-104; 5- Athanase Benetos, Mirko Petrovic, Timo Strandberg. Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. *Circ Res*. 2019;124:1045-1060; 6- Thomas Unger, Claudio Borghi, Fadi Charchar, Nadia A. Khan, Neil R. Poulter, Dorairaj Prabhakaran, Agustin Ramirez, Markus Schlaich, George S. Stergiou, Maciej Tomaszewski, Richard D. Wainford, Bryan Williams, Aletta E. Schutte. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice *Guidelines*.

A insuficiência cardíaca no idoso: aspectos particulares

Manuel Carrageta

Presidente da SPGG

É bem conhecido que os doentes muito idosos (≥ 80 anos) não estão representados na maior parte dos inquéritos epidemiológicos, registos e ensaios clínicos, apesar de serem estes os doentes que têm as mais elevadas incidência, prevalência e mortalidade por insuficiência cardíaca (IC). Por esse motivo, as suas características clínicas, prognóstico da doença, e melhor gestão clínica não são ainda completamente conhecidas.

As doenças no idoso têm frequentemente apresentação atípica, ou seja, diferente da descrição, em termos de sintomas e sinais, que está consagrada nos livros médicos. As queixas são vagas manifestando-se por diminuição súbita da capacidade funcional ou alterações do comportamento (p.e. confusão mental, quedas, diminuição da mobilidade, incontinência urinária, fadiga, etc.). Saliente-se que a insuficiência cardíaca se manifesta, muitas vezes de forma atípica,

dominando os sintomas de fadiga, muitas vezes com ausência de dispneia, nomeadamente da dispneia de esforço. Pode-se dizer que atipicamente, dominam os sintomas de baixo débito, como a fadiga, a falta de forças, a confusão mental, as quedas, insónia, tosse não produtiva, etc. Devido ao envelhecimento da população e, por outro lado, aos progressos da cardiologia, observa-se hoje menor mortalidade das patologias que causam IC, como é o caso do

Devido ao envelhecimento da população e, por outro lado, aos progressos da cardiologia, observa-se hoje menor mortalidade das patologias que causam IC



enfarte do miocárdio, pelo que a prevalência da IC irá aumentar nos sobreviventes nos próximos anos. Por outro lado, o aumento da prevalência da IC deve-se à combinação de alterações da estrutura e da função do aparelho cardiovascular, que ocorrem com o envelhecimento, o que leva a diminuição das reservas cardiovasculares e também ao aumento da prevalência de doenças cardiovasculares (especialmente da hipertensão arterial, obesidade e da doença coronária), que predis põem para IC.

A IC é classificada em IC com fração de ejeção reduzida (ICFER) (<40%), em IC com fração de ejeção preservada (ICFEp) (>50%) e ainda em IC com FE ligeiramente reduzida (>40 a 49%).

A IC devida a função sistólica reduzida (ICFER) é responsável por menos de metade dos casos de IC. Já, a elevada prevalência da IC-FEp nos doentes idosos deve-se às alterações da função diastólica associadas à idade, combinadas com o aumento da prevalência da hipertensão, como mecanismo etiológico da IC nos adultos idosos, frequentes sobretudo nas mulheres.

As manifestações clássicas da IC nos doentes mais jovens incluem a taquicardia, o aumento da pressão jugular, o refluxo hépato-jugular, o galope com 3º som, os ferveores crepitantes nas bases, a diminuição do murmúrio vesicular nas bases (devido a derrame pleural) e edema dos membros inferiores. A interpretação destes sinais é mais difícil no idoso. Por exemplo, o edema maleolar pode ser devido a insuficiência venosa, ao emprego de fármacos, especialmente as dihidropiridinas, à hipoalbuminémia, à doença renal

ou hepática. Os ferveores basais podem ser causados por patologia respiratória crónica. Alguns destes sinais podem estar ausentes nos doentes idosos, especialmente naqueles com IC-FEp, nos quais geralmente não se observa o 3º Som, a cardiomegalia e os sinais de IC direita.

O emprego dos péptidos natriuréticos, BNP e NT-proBNP, é particularmente útil no diagnóstico de IC nos doentes idosos que se apresentem na urgência com dispneia. Neste contexto, a principal utilidade destes biomarcadores é a de excluir a IC.

O ecocardiograma deve ser realizado em todos os doentes com suspeita de insuficiência cardíaca. Permite identificar a existência de lesões valvulares e

O emprego dos péptidos natriuréticos, BNP e NT-proBNP, é particularmente útil no diagnóstico de IC nos doentes idosos que se apresentem na urgência com dispneia

distinguir entre IC com função sistólica reduzida ou preservada. A IC diastólica associa-se a hipertrofia do ventrículo esquerdo, mas não a dilatação ventricular. As recomendações clínicas

atuais colocam os bloqueadores beta e os IECA como fármacos de primeira linha na terapêutica da IC com fração sistólica reduzida e recomendam adicionar os antagonistas da aldosterona, se os sintomas persistirem. Com o emprego combinado destes fármacos têm-se obtido ganhos consideráveis em termos de esperança e qualidade de vida.

O aparecimento de novas classes terapêuticas, nos últimos anos, está a despertar um grande entusiasmo e a revolucionar as recomendações clínicas. Uma nova era está a começar que irá aumentar a esperança e a qualidade de vida destes doentes, tão comprometidas pela insuficiência cardíaca. No estudo PARADIGM-HF, o sacubritil/valsartan foi superior ao enalapril na redução da mortalidade cardiovascular e hospitalização por IC, na ordem dos 20%, quer para a mortalidade cardiovascular quer para o internamento hospitalar, assim como se observou uma importante redução relativa da morte súbita de 20%.

Nos doentes com IC com função sistólica preservada, até 2021 não havia evidência, que nenhum agente farmacológico reduzisse a morbidade ou mortalidade cardiovascular, incluindo os fármacos de primeira linha (os bloqueadores beta, os IECA/ARA II, os antagonistas da aldosterona), assim como o sacubritil/valsartan. No ensaio clínico EMPEROR-Preserved, o inibidor do SGLT2 empagliflozina reduziu de maneira clara a incidência de morte cardiovascular e de hospitalização, nos doentes com IC com função sistólica preservada.

As taxas de sobrevivência nos doentes com mais de

O aparecimento de novas classes terapêuticas, nos últimos anos, está a despertar um grande entusiasmo e a revolucionar as recomendações clínicas

65 anos são inferiores a 50% ao fim de 5 anos e nos doentes com mais de 80 anos não atingem 25% no mesmo período de tempo. Nos doentes com ICFER, cerca de 50% das mortes são súbitas por causa arritmica, enquanto as restantes são por congestão e insuficiência cardíaca progressiva. Em contraste, a morte dos doentes com ICFEp não tem muitas vezes relação com a IC, mas antes com complicações de doenças agudas (p.e. pneumonia, fratura do colo do fémur, etc.) ou comorbilidades associadas (p.e. demência, fragilidade, cancro, etc.). Deve salientar-se que o tratamento do idoso, particularmente do muito idoso, deve focar-se mais no alívio dos sintomas e na manutenção da funcionalidade, do que no prolongamento da vida. Tendo em consideração o mau prognóstico dos doentes idosos com IC, que é pior que muitos cancros, é aconselhável, caso o contexto seja adequado, abordar o doente e a família sobre a previsibilidade do recurso futuro a cuidados de fim de vida.



POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO (Prescrição e Desprescrição)

Frederico Teixeira

Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Vice-presidente da SPGG

O envelhecimento está quase sempre associado a um aumento de morbilidades, sendo certo que mais de metade da população idosa sofre de várias patologias: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, doenças reumáticas, perturbações de comportamento/perturbações de memória, perturbações do sono, etc.

E a prevalência relativa de cada uma destas patologias não varia muito entre os países evoluídos, mesmo que socialmente com costumes e regimes alimentares diferentes. Por exemplo, num estudo relativamente recente (Hedna e col., 2015), realizado na Suécia e incluindo 853 idosos com uma idade média de 75,0 anos (68-98 anos), verificou-se: Hipertensão arterial (44,0%), diabetes (19,4%), doença cardíaca isquémica (18,1%), perturbações do comportamento/mentais (17,2%), insuficiência cardíaca (10,5%), doenças reumáticas (10,2%), doença pulmonar tipo bronquite crónica/asma brônquica (8,4%). Num estudo (Hosseini e col., 2021), levado a cabo em país socialmente muito diferente, o Irão, e incluindo 1.616 idosos com uma idade média de $69,4 \pm 7,4$

anos, verificou-se: Depressão (43,3%), hipertensão arterial (41,3%), diabetes (23,4%), doença cardíaca isquémica (23,2%), doenças reumáticas (19,5%), doença pulmonar (7,4%), insuficiência cardíaca (2,3%).

Como é vidente, tal polimorbilidade irá conduzir à polimedicação.

Entre nós, já em 1994, no Congresso Nacional de Cardiologia, Gorjão Clara chamava para isso a atenção, ao apresentar os resultados obtidos no seu Serviço na Unidade de Hipertensão do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, e que constam no *Quadro 1*. Isto é, cada doente hipertenso, para além da terapêutica anti-hipertensiva (que, naturalmente, motivava a Consulta de Hipertensão), tomava diversos outros medicamentos, numa média de 5,2

(2 - 9) por dia.

Também naqueles estudos realizados na Suécia e atrás referidos, de Hedna e col., 2015, e também analisados por Morin e col., 2017, se verifica que, dos 813 indivíduos idosos, cerca de 44 % esteve sujeito a polimedicação, dos quais 25,2% tinham prescritos 6 a 9 medicamentos e 12,0% mais de 10 medicamentos. Ainda na Suécia, Morin e col., 2017, num estudo coorte abrangendo 1 742 336 indivíduos idosos, dizem haver uma média de idosos com 4,6 medicamentos por dia, com 6,4 medicamentos por dia para os indivíduos com idade superior a 85 anos ou com 8,2 medicamentos por dia nos indivíduos em lares de idosos.

Por sua vez, no estudo, de Hosseini e col., 2021, no

Irão, dos 1 616 indivíduos idosos, $69,7 \pm 7,0\%$ estavam polimedicados com uma média de $6,6 \pm 1,6\%$ medicamentos por dia (principalmente pela seguinte ordem: anti-hipertensores e outros medicamentos cardiovasculares, analgésicos e antirreumáticos, antidiabéticos e modificadores gastrintestinais). Quer isto dizer que há uma relativa regularidade de resultados, com os diversos autores e em sociedades de costumes diferentes. Daqui resultará, obrigatoriamente, a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas, tanto mais frequentes, e quiçá mais graves, quanto maior o número de medicamentos associados - *Figura 1*.

E, de imediato, surgirá a responsabilização do médico que prescreve ao indivíduo idoso, obrigado também que será em avaliar bem a polimorbilidade de cada um, em prescrever só o absolutamente necessário, a ter presente os efeitos secundários de cada fármaco, a ajustar devidamente as posologias (pensando nas interações interfármacos) e pensando que, no idoso, há já sempre maiores ou menores alterações biológicas ou fisiopatológicas (na absorção, na distribuição, na metabolização e na eliminação dos

53 hipertensos de idade > 65 anos	
Anti-hipertensores	100 %
Benzodiazepinas	49
Nitratos -	38
A.I.N.E.	30
Fármacos vasoactivos cerebrais	28
<hr/>	
Nº de medicamentos / dia	5,2 (2-9)
Nº de comprimidos/ dia	8,5 (8-18)

Quadro 1 - Polimedicação em consulta hospitalar de hipertensão arterial
(Adaptado de lição de Gorjão Clara, 1994, Congresso Nacional de Cardiologia)

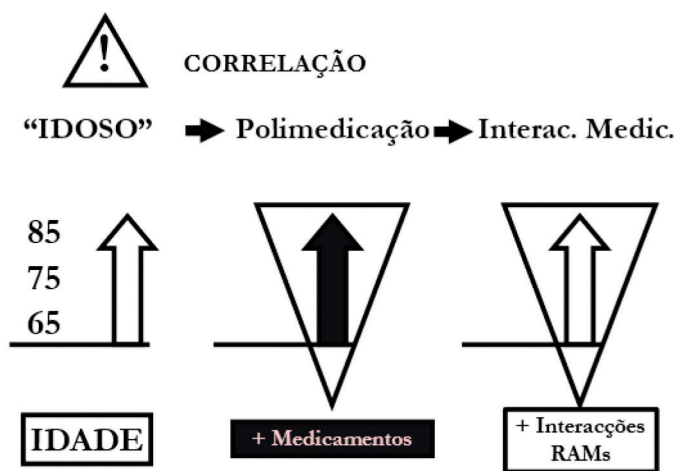


Figura 1 - Correlação entre a evolução da idade, a polimedicação e as interações medicamentosas/reações adversas

medicamentos) que podem modificar a semivida biológica dos fármacos, tornando os efeitos secundários mais frequentes e, quase sempre, mais graves.

A outra grande problemática que muitas vezes se apresenta ao médico prescritor é a desprescrição: Desprescrever porque há medicamentos repetidos ou de semelhantes grupos farmacológicos; desprescrever porque há medicamentos desnecessários; desprescrever porque há medicamentos hipoteticamente mais perigosos naquele doente.

Isto é hoje alvo de dezenas de estudos e artigos publicados, nomeadamente através do que passou a ser designado por PIP (potentially inappropriate prescribing) ou PIM (potentially inappropriate medicines) em idosos. Segundo a EU-(7)-PIM, de 2015, “aqueles medicamentos cujo potencial risco (no idoso) é superior ao potencial benefício, especialmente quando existem alternativas mais efetivas” (Renon-Guiteras e col., 2015; Rodrigues e col., 2021) e seguras.

A título de exemplo, no estudo sueco de Hedna e col.,

2015, nos 813 idosos foram encontrados 607 possíveis PIMs em 374 idosos:

- Aspirina em baixa dosagem ----- 154 (18,9 %)
- Benzodiazepinas ----- 80 (10,0 %)
- A.I.N.E ----- 55 (6,8 %)
- Analgésicos tipo opiáceos ----- 53 (6,5 %)
- Antihistamínicos ----- 34 (4,8 %)
- Vasodilatadores ----- 13 (1,6 %)
- Neurolépticos -- 10 (1,2 %)

No estudo português de Rodrigues e col., 2021, em 1 089 idosos, foram encontrados 184 possíveis PIMs:

- Inibidores da bomba de prótons ----- 43,9 %
- Benzodiazepinas - 35,9 %
- Trimetazidina ---- 3,9 %
- Rivoxabano ----- 3,7 %
- Espironolactona -- 3,1 %
- Diclofenac ----- 2,9 %
- Amiodarona ----- 2,8 %

Mas, os mesmos autores (Rodrigues e col., 2021), referem um estudo de Simões e col., 2019, onde consta que 68,6 % dos idosos incluídos numa amostra em cuidados de saúde primários tomam pelo menos um PIM e que 46,1 %

desses idosos tomam pelo menos dois PIM.

Em conclusão, na prescrição de medicamentos ao indivíduo idoso, a regra principal é prescrever apenas o absolutamente necessário (fugir à prescrição de PIM), evitar sempre o mais possível a polimedicação (o número de medicamentos condiciona sempre o risco de interações medicamentosas) e escolher sempre os regimes posológicos mais simples e mais fáceis de respeitar (o horário da toma dos medicamentos é essencial). Depois, nunca esquecer que o envelhecimento aparente, o envelhecimento cronológico, nem sempre corresponde ao envelhecimento real, ao envelhecimento biológico. Isto é, não há regras a respeitar segundo a idade do doente, antes noções gerais a lembrar sempre perante cada situação e cada doente.

Referências bibliográficas:

- Aguiar, J.P., Martins, A.P., Leufkens, H.G., da C (osta, F.A. (2019) - Potentially inappropriate medications with risk of cardiovascular adverse events in the elderly: a systematic review. J. Clin Pharm Ther, 44: 349-360.
- Gomes, D., Placido, A.I., Simões, J.L., Amaral, O., Fernandes, I., Lima, F., Morgado, M., Figueiras, A., Herdeiro, M.T., Roque, F. (2020) - Daily medication management and adherence in the polymedicated elderly: a cross-sectional study in Portugal: Int J. Environ Res Public Health, 17(1): pii: E200.
- Hedna, K., Hakkarainen, K.J., Gyllenstein, H., Jonsson, A.K., Petzold, M., Hagg, S. (2015) - Potentially inappropriate prescribing and adverse drug reactions in the elderly: a population-based study. Eur J. Clin. Pharmacol, 71: 1525-1533.
- Hosseini, S.R., Zabihi, A., Roghaye, S., Amiri, J., Bijani, A. (2018) - Polypharmacy among the elderly. J Mid-Life Health, 9: 97-103.
- Lai, H-Y., Hwang, S-J., Chen, Y-C.,

Chen, T-J., Lin, M-H., Chen, L-K. (2009) - Prevalence of the prescribing of potentially inappropriate medications at ambulatory care visits by elderly patients covered by the Tawwanese national Health Insurance program. Clin Ther., 8: 1859-1570.

- Morin, L., Johnell, K., Laroche, M-L., Fastbom, J., Wastesson, J. (2018) - The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. Clin Epidemiol, 10: 289-298.
- Opondo, D., Eslami, S., Visscher, S., de Rooij, S.E., Verheij, R., Korevaar, J.C. (2012) - Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. OLoS One, 7:e43617.
- Paiva, A.R., Plácido, A.I., Curto I., Morgado, M., Herdeiro, M.T., Roque, F. (2021) - Acceptance of Pharmaceutical Services by Home-Dwelling Older Patients: A Case Study in a Portuguese Community Pharmacy. Int J Environ Res Public Health. 18(14):7401. doi: 10.3390/ijerph18147401.
- Renon-Guiteras, A., Meyer, G., Thurmman, P.A. (2015) - The EU-(7)-PIM List: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. Eur J. Clin Pharmacol, 71:86-875.
- Rodrigues, D.A., Herdeiro, M.T., Thurmman, P.A., Figueiras, A., Coutinho, P., Roque, F. (2021) - Operacionalização para Portugal da Lista EU(7)-PIM para identificação de medicamentos potencialmente inapropriados nos idosos. Acta Med. Port., 34(3). 194-200.
- Simões, P.A., Santiago, L.M., Simões, J.A. (2019) - Prevalence of potentially inappropriate medication in the older adult population within primary care in Portugal: a nationwide cross-sectional study. Patient Prefer Adherence, 13: 1569-1576.
- Wastesson, J.W., Morin, L., Tan, E.C., Johnell, K. (2018) - An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. Expert Opin Drug Saf., 17: 1185-1196.

DESPRESCRIÇÃO

A pesar da suspensão de medicamentos existir desde a sua descoberta, o conceito de desprescrição como uma intervenção terapêutica específica é relativamente novo. Existem muitas definições,¹ sendo a mais comum “o processo de retirada de uma medicação inapropriada, supervisionada por um profissional de saúde com o objetivo de gerir a polifarmácia e melhorar os resultados”.²

Esta definição pode ser muito restritiva, visto que a desprescrição não envolve necessariamente polifarmácia, apenas medicação inapropriada. Pelo que interromper o único medicamento que alguém está a tomar, se for inapropriado, é válido. Além disso, a redução da dose, a mudança para um medicamento mais seguro ou para uma formulação com menos tomas podem ser vistos como desprescrição.³ Existe alguma complexidade em avaliar quais os medicamentos que são inapropriados para uma determinada pessoa e o que constitui um resultado melhor. Portanto, Scott et al.⁴ definem desprescrição como “o processo sistemático de identificação e descontinuação de medicamentos nos casos em que os danos existentes ou potenciais superam os benefícios existentes ou potenciais dentro do contexto das metas de cuidado individualizado do paciente, no nível atual de funcionalidade, nas expectativas de vida, valores e preferências”.

A desprescrição deve ser vista como parte de um contínuo de boa prescrição, que abrange o início da terapêutica, titulação da dose, troca ou adição de medicamentos e troca ou

interrupção do mesmo. Também podemos argumentar que ela não precisa de melhorar os resultados, pois se obtivermos os mesmos resultados com menos medicamentos, então isto é positivo, devido a reduzir a carga terapêutica, as interações farmacológicas e o custo financeiro.^{3,4}

A desprescrição não é niilismo terapêutico, negando tratamento eficaz a pacientes elegíveis, mas uma intervenção positiva centrada no paciente que reconhece que os riscos e benefícios dos medicamentos precisam ser balanceados e requer tomada de decisão partilhada, consentimento informado do paciente e monitorização próxima dos efeitos (os mesmos bons princípios que devemos usar quando iniciamos uma terapêutica farmacológica).^{3,4}

Além dos potenciais benefícios, também existem potenciais danos que incluem reações de abstinência, alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas e regresso da condição médica.⁵ O processo mais comumente descrito é o processo em 5 passos, sendo estes: 1 - a revisão da medicação; 2 - identificação da medicação inapropriada; 3 - priorização da medicação a suspender; 4 - planear e iniciar a retirada de medicamentos (com redução gradual) e 5 - monitorização, suporte e documentação do processo.^{4,5}



Pedro Simões

Assistente de Medicina Geral e Familiar (UCSP do Fundão)
Faculdade de Ciências da Saúde da UBI

1. Page A, Clifford R, Potter K, Etherton-Beer C. A concept analysis of deprescribing medications in older people. *J Pharm Pract Res.* 2018;48(2):132-48. doi: 10.1002/jppr.1361.

2. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of “deprescribing” with network analysis: Implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol.* 2015;80(6):1254-68. doi: 10.1111/bcp.12732.

3. Woodford HJ, Fisher J. New horizons in deprescribing for older people. *Age Ageing.* 2019;48(6):768-75. doi: 10.1093/ageing/afz109.

4. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med.* 2015;175(5):827-34. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0324.

5. Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. The benefits and harms of deprescribing. *Med J Aust.* 2014;201(7):386-9. doi: 10.5694/mja13.00200.

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO DE PELE DO PACIENTE DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Nuno Machado
Laboratórios Indas, SAU

Durante os últimos anos muitas vezes me encontro com a pergunta sobre o que é importante num absorvente de incontinência.

E sempre respondo que o mais importante é a forma como esse absorvente de incontinência pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Para que essa qualidade de vida melhore existem vários pontos importantes, mas se tenho de referir apenas um, a primeira coisa que faria seria entender qual é a definição de absorvente de incontinência urinária. Que podemos definir como um produto que por impregnação deve armazenar a urina no seu interior, com a intenção de manter o paciente seco e a sua pele protegida? E aqui é onde me surge

a primeira pergunta. “Como posso manter a pele do paciente protegida se existem inúmeros fatores associados à idade e à incontinência que aceleram a degradação da pele?”

Estamos a falar de pessoas, normalmente, com problemas de pele associados ao envelhecimento e perda ou diminuição de processos metabólicos que afetam o estado da pele e ao qual associamos a agressão da urina e o efeito abrasivo e oclusivo do absorvente.

Assim, para evitar as situações descritas no parágrafo anterior, toma elevada importância o recurso ao uso eficiente de absorventes de qualidade.

Por uso eficiente entendemos a utilização de variantes de produtos diferentes, em diferentes tamanhos com diferentes graus de absorção de-

pendendo do peso da pessoa, do seu estado de mobilidade, do seu grau de incontinência, outras patologias associadas, entre outros aspetos.

E por absorventes de qualidade entendemos os produtos que tenham capacidade de absorver a urina de forma rápida; que através da inclusão de núcleos com diferentes matérias-primas consigam reter a urina no seu interior, evitando fugas e mantendo a pele do paciente seco; que tenham na sua composição materiais transpiráveis, capazes de reduzir o efeito de oclusão por expulsão de vapor de água do seu interior; e que incorporem elementos dermoprotetores clínica e dermatologicamente testados, que permitam melhoria de hidratação da pele, aumento da função de barreira, bem como a manutenção

do conteúdo lipídico da pele e também a manutenção do pH natural da pele.

E, habitualmente, quando acabo a minha resposta, a pergunta que me colocam de seguida é se eu considero que merece a pena trabalhar nesse sentido. E a resposta a essa pergunta já está dada, pois está provado que a utilização correta de absorventes de incontinência de qualidade reduz até 74% as dermatites provocadas por absorventes de incontinência.(1)

Referências bibliográficas:
(1) Estudo observacional realizado nas residências de terceira idade (centros sanitários) do Serviço Andaluz de Saúde em Córdoba no ano de 2018 no âmbito do “PROJETO GESTÃO E BEM ESTAR” e publicado no 21 Congresso Nacional de Hospitais e Gestão Sanitária (Autores: Simón Valero, A; Bravo Piqueras, F; Aragón Delgado, J; García Alijo, ML; Tierno Alonso, MJ; Sánchez Leon, I)

DIA 1 DE DEZEMBRO, 4ª FEIRA

- 08h30** Abertura do secretariado. Entrega de documentação
- 09h15** Conferência: **OS DIREITOS DAS PESSOAS IDOSAS**
Presidente: Dr. Juiz Armando Leandro
Oradora: Dr.ª Paula Guimarães
- 10h00** **SESSÃO OFICIAL DE ABERTURA DO CONGRESSO**
- 10h30** **Intervalo**
- 11h00** Sessão: **ENVELHECIMENTO E FUTURO DA SAÚDE EM PORTUGAL**
Presidente: Prof. Doutor Constantino Sakellarides
Envelhecimento Populacional e Sustentabilidade
 Dr. Rui Leão Martinho
Saúde Pública em Portugal
 Prof. Doutor Constantino Sakellarides
- 12h00** Sessão: **AS RESPOSTAS SOCIAIS NO PERCURSO DE CUIDADOS ÀS PESSOAS COM DEPENDÊNCIA**
Presidente: Prof. Doutor Manuel Lopes
Apresentação do Estudo
 Prof. Doutor Manuel Lopes
Comunidades Envelhecidas Funcionais – Mudança de Paradigma
 Prof.ª Doutora Maria João Guardado Moreira
- 13h00** **Fim das sessões da manhã**
- 14h15** Conferência: **PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO**
Presidente: Prof. Doutor Manuel Lopes
Oradora: Enf.ª Kátia Furtado
- 15h15** Sessão: **COMBATER A SOLIDÃO**
Presidente: Dr.ª Maria Angeles García Antón
Solidariedades intergeracionais
 Prof.ª Doutora Stella Bettencourt da Câmara
"Viver com Vital idade" - A experiência da Universidade Aberta
 Prof. Doutor Sandro Jorge
Solidão 4.0.... A solidão da infoexclusão?!
 Prof. Doutor Henrique Gil
- 16h15** **Intervalo**
- 16h45** Sessão: **COMBATER A DISCRIMINAÇÃO DOS MAIS VELHOS**
Presidente: Prof. Doutor Correia Jesuino
Estereótipos Face aos Mais Velhos
 Prof.ª Doutora Sibila Marques
Universidade e Formação
 Prof.ª Doutora Tânia Gaspar
- 17h45** Sessão: **MEDICAMENTOS E PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NA SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS**
Presidente: Dr. Manuel Viana
Os Problemas Mais Frequentes das Pessoas Idosas
 Prof. Doutor José Augusto Simões
Capacidade Funcional dos Idosos para Gerir a Medicação
 Prof.ª Doutor Ana Margarida Advinha
Preparação Individualizada da Medicação – PIM
 Dr. Tiago Maia
Poster: Farmacovigilância no idoso
 Dr.ª Margarida Perdigão
- 18h45** **Fim das sessões do 1º dia**

DIA 2 DE DEZEMBRO, 5ª FEIRA

- 09h00** Sessão: **ENVELHECIMENTO E COMORBILIDADES**
Presidente: Prof. Doutor José Coucello
Cuidados às Pessoas Idosas com Polipatologia / Cardiologia
 Dr. António Gata Simão
Cuidados às Pessoas com Deficiência
 Prof.ª Doutora Teresa Janela Pinto
Envelhecimento e sarcopenia: a importância do exercício físico
 Prof.ª Doutora Carolina Vila-Chã
- 10h30** Conferência: **O FUTURO DO CUIDADO DO PACIENTE DE INCONTINÊNCIA JÁ COMEÇOU (Apoio Indas Portugal)**
Orador: Dr. Nuno Machado
- 11h00** **Intervalo**
- 11h30** Sessão: **O SOFRIMENTO E A RESILIÊNCIA NAS IPSS - TESTEMUNHOS**
Presidente: Dr. José Borges Batalha
Oradores: Dr.ª Paula Pimentel
- 12h30** Conferência: **COVID 19 & GRIPE - COMO PROTEGER OS MAIS VULNERÁVEIS**
Presidente: Dr. Pedro de Moura Reis
Oradores: Prof. Doutor Francisco Antunes
- 13h00** **Fim das sessões da manhã**
- 14h15** Painel: **PSICOGERONTOLOGIA**
Presidente: Prof. Doutor José Ferreira Alves
Cuidados integrados nas pessoas mais velhas
 Dr. António Leuschner
Psicose e alteração de comportamento nas pessoas mais velhas
 Dr. Luíz Cortez Pinto
- 15h15** Conferência: **SARCOPENIA E FRAGILIDADE NO IDOSO – QUANDO E COMO ATUAR? (Apoio Fresenius Kabi)**
Orador: Dr. Diogo Sousa Catita
- 15h45** Conferência: **RECOMENDAÇÕES PARA A VACINAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS (Apoio GSK)**
Presidente: Dr. Álvaro Ferreira da Silva
Oradores: Prof. Doutor Manuel Carrageta
- 16h15** **Intervalo**
- 16h45** Sessão: **MAUS TRATOS NA PESSOA IDOSA**
Presidente: Prof. Doutor Mário Pereira Pinto
Oradores: Prof. Doutor Mário Pinto | Dr.ª Marta Carmo | Prof. Doutor José Ferreira Alves
- 18h00** **Discussão de POSTERS**
Júri: Dr. Pedro Moura Reis | Dr. Manuel Viana | Prof. Doutor Mário Pereira Pinto
 Dr. Amílcar Aleixo | Dr. António Gata Simão
- 19h00** **Fim das sessões do 2º dia**

DIA 3 DE DEZEMBRO, 6ª FEIRA

- 09h00** **Sessão de COMUNICAÇÕES LIVRES**
Júri: Prof. Doutor Jacinto Goncalves | Prof. Doutor José Augusto Simões | Dr. Luís Bonnet Monteiro
 Dr.a Margarida Dias | Dr.a Joana Lopes
- 10h00** Sessão: **PROBLEMAS UROLÓGICOS**
Presidente: Dr. Manuel Mendes Silva
Doenças da próstata: cancro, HBP, prostatite
 Dr. José Santos Dias
Sintomas do trato urinário inferior (LUTS) no masculino e no feminino, incluindo bexiga hipo e hiperactiva
 Dr. Luís Abranches Monteiro
- 11h00** **Intervalo**
- 11h30** Conferência: **VITAMINA D NO IDOSO EM 2021: RELEVÂNCIA E SEGURANÇA (Apoio Tecnimede)**
 Prof. Doutor Miguel Melo
- 12h00** Sessão: **POLIMEDICAÇÃO E DESPRESCRIÇÃO**
Presidente: Prof. Doutor Frederico Teixeira
Desprescrição na Hipertensão do muito idoso / idoso frágil
 Dr. Manuel Viana
Polimedicação e Desprescrição - a realidade portuguesa
 Prof. Doutor Pedro Augusto Simões
- 13h00** **Fim das sessões da manhã**
- 14h15** Conferência: **CUIDADOS À PESSOA IDOSA EM ERPIS OU ESTRUTURAS SIMILARES**
Oradores: Dr. Álvaro Ferreira da Silva | Profª. Doutora Lara Pinho
- 15h00** Conferência: **A GRIPE PARA ALÉM DA INFEÇÃO RESPIRATÓRIA - AVANÇOS NA PREVENÇÃO (Apoio Sanofi)**
Oradores: Dr. Carlos Rabaçal | Prof. Doutor Filipe Froes
- 15h30** Conferência: **PRECAUÇÕES BÁSICAS NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES EM LARES E UCC (Apoio HARTMANN Portugal)**
Oradora: Enf.ª Ana Geada
- 16h15** Conferência do Presidente da Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia
A geriatria do futuro: lições aprendidas durante a pandemia
 Dr. José A. García Navarro
Presidente: Prof. Doutor Mário Pereira Pinto
- 16h45** **Intervalo**
- 17h15** Conferência: **INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**
Presidente: Dr. Rui Soares
Orador: Prof. Doutor Manuel Carrageta
- 17h45** Conferência: **EXERCÍCIO FÍSICO NA COMUNIDADE, NAS INSTITUIÇÕES E EM DOENTES COM DEMÊNCIA**
Presidente: Prof. Doutor Ovídio Costa
Oradora: Prof.ª Doutora Joana de Carvahó
- 18h15** **Entrega dos Prémios Dr. José Reis Júnior para melhor Poster e melhor Comunicação Livre. Encerramento do Congresso.**

QUEDAS NAS PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM ERPI

Nos Censos de 2011 o Instituto Nacional de Estatística questionou a População de Pes-

soas Idosas (65 ou mais anos) sobre a capacidade funcional em seis AVD (Atividades de Vida Diária), sendo elas Ver, Ouvir, Andar, Memória/ Concentração, Tomar Banho/Vestir, Compreender os outros/ Fazer-se entender. Os resultados oficiais revelam que estas dificuldades afetam cerca de 995.213 pessoas idosas.

Na população entre os 65 e os 69 anos, sabe-se que não só a taxa de incidência de pelo menos uma incapacidade funcional afeta 30% dessas pessoas idosas, como também a mesma aumenta com a idade, uma vez que no grupo etário dos 75 aos 79 anos é superior a 50%.

A dificuldade em Andar ou subir degraus é a principal limitação e afeta cerca de 70% (de pessoas idosas) (700.987 de). A dificuldade em Ver, mesmo usando óculos, afeta 50% das pessoas idosas questionadas, e a dificuldade relacionada com a Memória/ Concentração afeta em 40%. Já cerca de 365.000 idosos com pelo menos uma das dificuldades, não conseguem ou têm muita limitação em Vestir-se ou Tomar Banho sozinhos. 256.000 idosos manifestaram limitações ao nível da Compreensão

e Expressão. Apurou-se ainda que a maior parte (55%) das pessoas idosas questionadas que não consegue ou tem muita dificuldade em Andar, vive sozinha ou em famílias constituídas apenas por outras pessoas idosas. Dos 995.213 idosos com 65 ou mais anos e com pelo menos uma dificuldade, 22% residia sozinha (218.820) e 35% residia em companhia exclusiva de também outras pessoas idosas (346.795).

No que diz respeito a pessoas idosas a residirem em instituições, predominantemente em alojamentos coletivos de apoio social, 70.572 manifestaram pelo menos uma dificuldade na realização das tarefas do quotidiano, concluindo que cerca de 70 % das pessoas idosas institucionalizadas (aproximadamente 100 mil) têm dificuldades nas AVD e Risco de Queda aumentado. No Envelhecimento constata-se a progressiva diminuição da reserva homeostática de órgãos e sistemas. Os processos patológicos sobrepõem-se aos do envelhecimento e coexistem várias doenças crónicas que interagem entre si e que levam à perda da funcionalidade, causando depen-

dência, perda da qualidade de vida e exposição a riscos. Com o avanço da idade decorrem várias alterações nos órgãos e sistemas, podendo existir uma desaceleração das informações sensoriais, uma diminuição da velocidade de condução nervosa somato-sensorial e da proprioceção e ainda um acometimento da acuidade visual pelo comprometimento da sensibilidade, contraste e perceção de profundidade. O sistema vestibular pode também sofrer alterações relacionadas com o envelhecimento, resultando em vertigem e instabilidade. As alterações da integração de informação pelo Sistema Nervoso Central resultam numa maior dificuldade de controlo postural, por diminuição da flexibilidade e da força muscular.

No entanto, não existem patologias específicas dos idosos, mas sim formas de apresentação diferentes nesta população. A Síndrome de Fragilidade, definida por Fried, caracteriza-se pela apresentação de pelo menos três de cinco critérios: diminuição da velocidade de marcha; diminuição da força de preensão; diminuição da atividade

física; exaustão e perda não intencional de peso. É neste sentido que se torna essencial reconhecer que na população idosa as quedas, a imobilidade, a incontinência urinária, o delirium, a deterioração cognitiva, a depressão, a desidratação, a obstipação, as úlceras de pressão, a malnutrição, a privação sensorial (má visão e audição), a hipotermia, a iatrogenia (excesso ou interações de medicação) são consequências das síndromes geriátricas.

Considera-se que o declínio fisiológico progressivo em múltiplos sistemas orgânicos e a redução da resposta homeostática provocam uma perda de função e comprometimento da reserva fisiológica, que resultam numa vulnerabilidade aumentada e maior de risco de quedas. Não se conhece em Portugal, com rigor, o número de quedas nas pessoas idosas, em parte por uma falha no registo das mesmas. Até à data, a codificação nosológica específica de “Queda” está ausente nos sistemas de informação clínicos. Ainda assim, acresce o facto de na maior parte dos casos a “Queda” ser também considerada apenas uma ocorrência



Álvaro Ferreira da Silva
Especialidade de Medicina Geral e Familiar, USF S. João, ACeS Porto Ocidental, Competência em Geriatria Ordem dos Médicos



Leonor Silva
Interna de Medicina Geral e Familiar na USF Arca d'Água, ACeS Porto Oriental

ou um “azar”, ao invés de uma consequência das síndromes geriátricas.

No entanto, é bem conhecido que as quedas são um problema frequente nas pessoas idosas, já que as estatísticas internacionais mostram que quatro em cinco quedas ocorre em pessoas com mais de 65 anos. Estão entre as cinco causas mais importantes de morte das pessoas idosas e mesmo quando não são fatais, como acontece felizmente na maior parte dos casos, provocam lesões, que podem

ser graves e incapacitantes. Vários estudos mostram que uma em cada cinco quedas pode causar lesões graves, como fraturas ou traumatismos do crânio. O medo de cair pode afetar a qualidade de vida das pessoas mais idosas, impedindo-as de levar uma vida ativa, nomeadamente, por exemplo, por receio de sair de casa, o que as afasta do convívio social.

Desta forma, sabendo que as pessoas idosas apresentam necessidades específicas devido às suas características

clínico-funcionais e sociofamiliares e na consideração de tais características, os modelos de cuidados deverão ser centrados na Pessoa Idosa. Na relevância deste tema e problemática, a instabilidade da marcha é uma síndrome geriátrica de extrema importância, que condiciona a mobilidade e favorece o risco de Queda. Por sua vez, as quedas além de apresentarem uma etiologia multifatorial, associam-se a uma elevada morbimortalidade, consistindo um dos grandes entraves à ma-

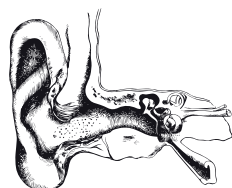
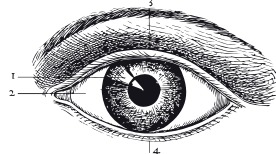
nutenção da independência funcional dos idosos.

Com o objetivo de otimizar a assistência ao idoso fragilizado, complexo, com compromisso funcional e orgânico, propomos uma lista do tipo *Checklist* de forma a sumarizar as condicionantes e determinantes das Quedas, que contempla tanto os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos como as estratégias anti-queda, para que possa servir de apoio à avaliação clínica integral de um idoso.

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA DE FATORES INTRÍNSECOS DO RISCO DE QUEDA

- **IDADE**
- **COMORBILIDADES, SÍNDROME DE FRAGILIDADE, SÍNDROMES GERIÁTRICAS.**
- **PSICOLÓGICO:** ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO, AGITAÇÃO, DELÍRIO, DEPRESSÃO, MEDO DE CAIR, DEFICIT COGNITIVO, ANSIEDADE, PERTURBAÇÃO DO SONO.

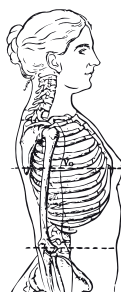
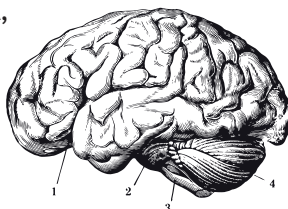
- **VISÃO:** CATARATAS, GLAUCOMA, DEGENESCENCIA MACULAR, REFRAÇÃO.



- **AUDIÇÃO:** ZUMBIDOS, HIPOACUSIA, SÍNDROME VERTIGINOSO, MENIÉRE.

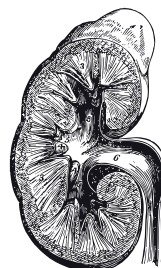
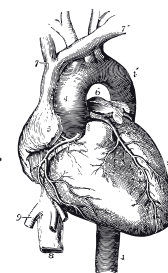
- **PODOLOGIA:** ALTERAÇÕES PODOLÓGICAS, DA MARCHA E DA POSTURA.

- **DOENÇA DO MOVIMENTO, NEUROLÓGICA:** PARKINSONISMO, EPILEPSIA, ATAXIA, MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS, EXTRAPIRAMIDAL, NERVOS PERIFÉRICOS, REFLEXOS, PROVAS VESTIBULARES, PROPRIOCUÇÃO, FUNÇÃO CORTICAL E CEREBELOSA.



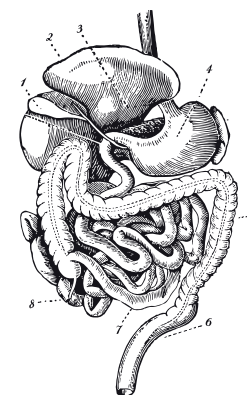
- **DOENÇA DO MOVIMENTO, ORTOPÉDICO:** DOENÇA DEGENERATIVA OSTEO-ARTICULAR, SÍNDROME VERTEBRO-BASILAR, ALTERAÇÕES DO BALANCE, POSTURAS (NO LEVANTE), MARCHA

- **DOENÇA DO MOVIMENTO, MUSCULAR:** ATROFIA, SARCOPENIA, TÓNUS, CÂIMBRAS
- **URINÁRIO:** INCONTINÊNCIA, URGÊNCIA, INFECÇÃO URINÁRIA
- **CARDIOVASCULAR:** FREQUÊNCIA, RITMO CARDÍACOS, PRESSÃO ARTERIAL POSTURAL.

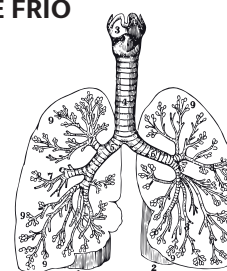


- **METABOLISMO:** DIABETES, ANEMIA, F.RENAL, F.DIGESTIVA, F.TIROIDE, VITAMINA D, NATREMIA, KALIEMIA

- **DIGESTIVO:** OBSTIPAÇÃO, DISPEPSIA, VÓMITOS, CRISES ESPASMÓDICAS.
- **PELE:** PRURIDO, ECZEMA, ALERGIA.
- **INFEÇÕES:** HIPERTEMIA, SEPSIS
- **DOR CRÓNICA**
- **ÚLCERAS DE PRESSÃO**

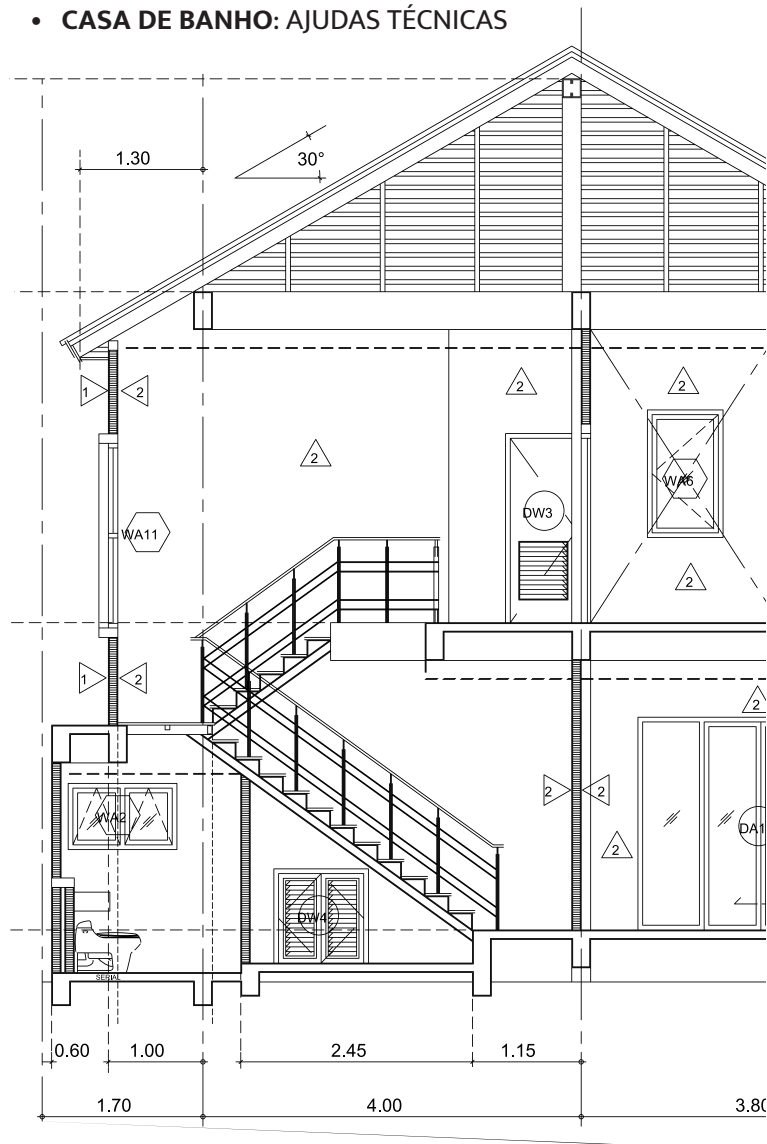


- **HIPOTERMIA, GOLPE DE FRIO**
- **IMOBILIDADE**
- **ALCOOLISMO**
- **TABAGISMO**



AVALIAÇÃO GERIÁTRICA DE FATORES EXTRÍNSECOS DO RISCO DE QUEDA

- **MEDICAÇÃO:** EFEITOS SECUNDARIOS, IATROGENIA, AUTOMEDICAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO CONTROLADA
- **VISÃO:** AVALIAR E ADAPTAR A VISÃO UMA VEZ POR ANO, LENTES LIMPAS, ARMAÇÕES EQUILIBRADAS, OPTOMETRIA
- **CALÇADO:** ADAPTADO, SOLA NÃO ESCORREGADIA, TACÃO BAIXO E LARGO
- **VESTUÁRIO SEGURO, NÃO COMPRIDO**
- **ILUMINAÇÃO MELHORADA**
- EVITAR OFUSCAÇÃO (INFRALUMINOSIDADE), ENCANDEAMENTO E HIPERLUMINOSIDADE
- **INTERRUPTORES DE LUZ:** FÁCIL ACESSO E MANIPULAÇÃO
- **LUZES DE PRESENÇA:** CAMA, QUARTO, CORREDORES, ESCADAS, WC, COZINHA
- **CORES VIVAS VISÍVEIS NOS EQUIPAMENTOS**
- **CANDEIROS DE FÁCIL ACESSO E MANIPULAÇÃO** (MESA DE CABECEIRA)
- **ARQUITECTURA E DECORAÇÃO DA CASA ADAPTADA**
- **CORRIMÕES:** INSTALAR EM LOCAIS DE APOIO
- **PUXADORES DE PORTAS E GAVETAS:** MANIPULAÇÃO ADAPTADA
- **CARPETES E TAPETES:** ADAPTAR OU RETIRAR, FIXAÇÃO, ANTIDERRAPANTES
- **OBSTÁCULOS:** RETIRAR CAIXAS, JORNAIS, FIOS ELÉTRICOS, CABOS, PRATELEIRAS, LIVROS, BANCOS E MESAS NAS PASSAGENS, SALAS, CORREDORES, WC, COZINHA.
- **CADEIRAS E SOFÁS COM BRAÇOS, FÁCIL ACESSO.**
- **ARMÁRIOS E PRATELEIRAS:** FACILITAR O ACESSO A OBJETOS ELEVADOS
- **MÓVEIS FIXOS SEM RODIZIOS**
- **UTILITÁRIOS MAIS USADOS:** ACESSIBILIDADE E ARRUMACÃO SEM OCASIONAR OBSTÁCULO.
- **DEGRAUS OU DESNÍVEIS DE SOLO** ASSINALADOS, FITA DE VISIBILIDADE, ANTIDERRAPANTE
- **ESCADARIAS** COM CORRIMÕES, SUBSTITUIÇÃO POR RAMPAS OU CADEIRAS, ELEVADORES
- **PISO:** EVITAR PISO ESCORREGADIO, IRREGULAR, MOLHADO, ENCERADO, DERRAPANTE
- **CASA DE BANHO:** AJUDAS TÉCNICAS



Bibliografia:

1-Destaque, Instituto Nacional de Estatística, 30 Novembro 2012
 2-”Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care.” Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D. and Anderson G. Journal of Gerontology.2004, 255-263.

Se pretender receber a **CHECKLIST DE RISCO DE QUEDA**, em arquivo pdf por favor envie o seu email ou telemóvel para: geral@spgg.com.pt

Estação invernal e infecções respiratórias COMO PREVENIR!

As infecções respiratórias são mais frequentes na estação fria do ano, em particular a gripe e a doença pneumocócica invasiva, incluindo a pneumonia que se irão cruzar este ano com a COVID-19. As pessoas com patologias crónicas, por exemplo insuficiência cardíaca e doença coronária crónica, insuficiência renal crónica, doença pulmonar crónica, imunocomprometidos e pessoas com diabetes estão em risco de doença grave, hospitalização e morte, em particular os idosos com várias comorbilidades, pelo que devem reforçar as medidas de prevenção. O distanciamento social e individual, as máscaras faciais e a higienização das mãos são medidas de protecção de eficácia elevada para as infecções respiratórias, o que foi demonstrado para a contenção da gripe (na estação gripal do ano anterior) e para a COVID-19. Estas pessoas mais vulneráveis devem evitar, também, as viagens desnecessárias e aglomerações em ambientes fechados, mantendo os locais onde habitam arejados. Estas medidas de prevenção das infecções respiratórias são denominadas não-farmacológicas.

Como referido, estas medidas não-farmacológicas destinadas à prevenção da COVID-19 levaram à diminuição sem precedentes dos casos de gripe na estação invernal passada. Este ano, com o afrouxamento daquelas medidas esperase um aumento do número de casos de gripe, com

mais hospitalizações.

A vacinação desempenha um papel crucial na preservação das vidas humanas no contexto da gripe e da COVID-19. Aqueles com doença cardíaca crónica (insuficiência cardíaca crónica, doença cardíaca isquémica, hipertensão arterial pulmonar e cardiomiopatias) estão em risco de ambas as doenças. Assim, por forma a prevenir quer uma quer outra, a administração simultânea das duas vacinas é recomendada e gratuita. A sua coadministração é bem tolerada e segura, não levando à diminuição da resposta imunitária a qualquer uma das vacinas, reduzindo os riscos de doença, de hospitalização e de mortes.



Francisco Antunes

Infecciologista do Instituto de Saúde Ambiental da FMUL

Dado que nenhuma vacina tem a eficácia de 100% recomenda-se que a vacinação seja reforçada com a adopção das medidas não-farmacológicas já referidas. As festas familiares com muitas pessoas de gerações diferentes em locais fechados e mal arejados, devem ser, também, evitadas. Qualquer pessoa com mais de 12 anos de idade se não vacinada contra a COVID-19 deve evitar permanecer em contacto próximo e prolongado (mais de 15 minutos) com idosos e com comorbilidades, incluindo aqueles com doença cardíaca crónica. Anualmente, cerca de 20% da população infecta-se com gripe e ¼ dos infectados desenvolve sintomas.

Os idosos, as grávidas e aqueles com doenças crónicas, como a doença cardíaca, estão em risco de desenvolverem complicações graves associadas à gripe. Para a gripe estão disponíveis medicamentos seguros e eficazes no tratamento dos casos graves e rapidamente progressivos, quando administrados tão rapidamente quanto possível.

A vacinação contra a infecção por *Streptococcus pneumoniae* é recomendada para aquelas pessoas com risco acrescido de contraírem doença invasiva pneumocócica. Para os adultos com idade ≥ 65 anos está, também, recomendada a vacinação, mesmo que não estejam incluídos naqueles grupos (com idades > 18 anos) com risco acrescido de doença invasiva pneumocócica, incluindo a pneumonia. Dado que o esquema da vacinação antipneumocócica deve ser adaptado aos grupos de risco para os quais está recomendada e àqueles para os quais é gratuita, tal obriga a uma consulta médica.

As medidas não-farmacológicas de prevenção das infecções respiratórias reduzem a sua transmissibilidade, pelo que devem ser adoptadas por todos aqueles em risco de doença grave, reforçando, desta forma, o efeito protector das vacinas contra a gripe, a COVID-19 e a doença pneumocócica invasiva.

Nota: Texto escrito na ortografia prévia ao A.O. de 13 de Maio de 2009

Pensando nas feridas dos portugueses...

Mário Joaquim Pereira Pinto

Docente ensino superior,

Médico com competências em Geriatria e Gestão

Papaléo e Borgonovi (1999) definem o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda gradual da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e consequentemente maior incidência de processos patológicos.

O envelhecimento, entre muitos outros fatores intervinientes, leva ao aumento, agravamento e aparecimento das doenças crônicas as quais têm contribuído, também, para o aumento da prevalência de feridas no contexto atual.

A pele no idoso apresenta uma série de alterações resultantes do processo de envelhecimento, que em conjunto com fatores ambientais durante a sua existência a tornam mais frágil e vulnerável (LeBlanc et al. 2008) sugerindo, que com o passar dos anos os indivíduos desencadeiam um processo de perda de tecido celular subcutâneo e perda de espessura da pele. Se associarmos a estes fatores a desnutrição, a desidratação e fatores ambientais, iremos observar que a elasticidade e força tênsil da pele diminui e, aumenta o risco de lesão da pele e a forma-

ção de uma ferida.

O envelhecimento cutâneo pode ser definido como um processo biológico no qual ocorrem alterações degenerativas atroficas suscetíveis de provocar a falência ou declínio crónico da sua função de proteção e de defesa, diminuído a espessura da pele tornando-a mais fina e friável. Este envelhecimento juntamente com a influência do meio ambiente associado a fatores genéticos, o uso de medicamentos nomeadamente os corticoides e os anticoagulantes orais, comorbilidades como a IRC e o DPOC, podem levar a com envelhecimento patológico da pele a que chamados de dermatoporose.

A Dermatoporose é caracterizada por Fragilidade cutânea crónica da pele vulnerável envelhecida (2007, Kaya e Saurat). O aparecimento da pele atrofica, púrpura solar, skin tears, cicatrizes estelares, lacerações cutâneas de cicatrização demorada, são algumas das expressões clínicas desta síndrome de fragilidade da pele. A Prevalência da dermatoporose é de cerca de 32%, roturas na pele de 3,8 por cento. A frequência de púrpuras solares é de 10% nas pessoas com idades entre 70 e 90 anos e mais em mulheres. Cicatrizes pseudo-estelares são encontrados em 20% a 40% dos doentes com idades acima dos 70 anos. A pele fina

pode ser quase translúcida, revelando a preeminência das veias e tendões subjacentes.

A pele é um dos sistemas mais envolvidos no envelhecimento sem sucesso e no envelhecimento com fragilidade, e é considerada um dos órgãos que à medida que a idade avança sofre mais transformações. Assim, manter a integridade cutânea é de extrema importância para que o organismo se possa defender das diversas alterações ou mudanças às quais a pessoa esteja exposta (DUARTE et al., 2000).

O envelhecimento da pele depende de fatores extrínsecos (por exemplo, exposição ao sol relatados como responsáveis por 80% do envelhecimento da pele da face) e de fatores intrínsecos (por exemplo, fatores genéticos e morbilidades) (Guinot C. et al., 2002). Muitas vezes, as questões de envelhecimento da pele são frequentemente ignoradas e identificadas como problemas cosméticos (Beylot et al., 2008)

As feridas agudas e crônicas e, são um problema de saúde de grande impacto na sociedade, tanto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) as descreve como a nova epidemia escondida, a qual afeta milhões de pessoas em todo o mundo (OMS, 2008).

O tratamento de feridas, têm um peso importante tanto a nível individual como comunitário, mas ainda a nível dos prestadores de cuidados transformando este problema, num importante aumento da morbilidade, da fragilidade do doente e, consequentemente, num aumento de custos na prestação de cuidados. Mas mais importante que tratar feridas, é tratar doentes idosos com feridas, incluindo o conceito holístico e integrado do doente com multimorbilidades, com polimedicação, com síndrome de fragilidade e outros síndromes geriátricas.

Estima-se, que a nível mundial existam, no mínimo, 300 milhões de feridas agudas, 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crônicas (Boulton, 2005).

Avaliar uma ferida, é antes de tudo avaliar um doente com ferida e ter uma equipe multidisciplinar para o fazer. Olhar e examinar uma ferida, passa por uma anamnese cuidada e compreender a sua etiologia, num exame físico exaustivo habitualmente protocolar, baseado dos conhecimentos da anatomofisiologia cutânea, fisiologia da cicatrização, etiopatogenia da ferida e da pele peri-lesional. Deve ser sempre feita a avaliação familiar, existência de cuidador, antecedentes pessoais

e familiares, da dor; avaliação cognitiva, funcional, nutricional; qualidade de vida; comorbilidades, avaliação social e fatores de risco de úlceras.

Em Portugal, a escassez de dados epidemiológicos que nos deem informação sobre a prevalência/incidência de feridas na nossa população é evidente. A escassez de trabalhos ainda é significativa resultando que muitos profissionais encontrem dificuldade de segurança no diagnóstico, na prevenção e tratamento das feridas, pelo que esta Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, apoia toda a investigação nesta área da saúde.

No entanto, sabemos que em Portugal a prevalência de feridas crónicas com resposta em cuidados de saúde ambulatoriais foi estimada em 1,42 pessoas por cada 1000 habitantes (Furtado, 2003). A incidência global de UP nos doentes hospitalizados varia entre 2,7 e 29%, sendo que no internamento em UCI, pode chegar até aos 33%. Um outro estudo relacionado com úlcera de perna numa área urbana em Lisboa identificou uma prevalência de 1,41 por 1000 (Furtado, 2003). A prevalência de úlceras de pressão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de Portugal aponta para 17% de acordo com os dados publicados no relatório de atividades de 2010. Do total de UP registadas 38% já existiam no momento da admissão, enquanto a incidência de UP observada na rede foi de 10,5% (RNCCI, 2010).

As “feridas crónicas” são reconhecidas em muitos artigos de investigação como um enorme problema de saúde pública e com encargos financeiros resultantes

do atraso da cicatrização das feridas.

De todas estas feridas crónicas aquelas que maior impacto tem para o doente, para os profissionais de saúde e para a despesa do SNS são as que resultam do pé diabético (vasculares/neuropáticas), as úlceras vasculares (arteriais e venosas), as úlceras de pressão, *skin tears* e as feridas malignas. Para cada uma delas haverá regras de diagnóstico e tratamento diferentes, protocolos igualmente diferentes que iremos abordar futuramente. E quando apresentarmos os protocolos iremos falar deste tipo de feridas tão frequentes na população idosa. Falaremos do diagnóstico e da prevenção e do tratamento.

Os doentes com feridas sofrem sempre de aumento da dor e são vulneráveis a infeções recorrentes, uma vez que vivem com um problema de saúde que não é bem compreendido por muitos prestadores de cuidados de saúde. Presume-se normalmente que não haverá solução para estas feridas. Pode-se até dizer que este resultado é facilmente aceite pelo doente e pelos profissionais de saúde, pelo que ainda se encontram doentes com feridas com mais de 5 anos, ou até mais. Nos últimos anos, tem vindo a ser cada vez mais evidente que o biofilme é uma patologia-chave das feridas que não cicatrizam, tal como a placa bacteriana em doenças dentárias. Nos distúrbios de biofilme, a dor e a infeção aumentam a necessidade de analgésicos, opioides e antibióticos, fazendo com que seja altamente desejável tratar a patologia antes da progressão da doença. Por isso a gestão do biofilme é vital para atingir melhores resultados

e reduzir o peso da doença. A higienização da ferida tem como objetivo erradicar a causa de uma patologia comum na população mundial. O conceito de higienização da ferida, é um conceito muito recente que surgiu durante um encontro de especialistas no início de 2019. Este consenso levou à publicação de um artigo de opinião de especialistas no *Journal of Wound Care*.

Apesar dos avanços nas boas práticas e na tecnologia dos pensos, o tratamento de feridas está em crise: o número de feridas de difícil cicatrização está a aumentar e as implicações para o sistema de saúde são desafiantes, incluindo uma maior utilização de antibióticos, (Olsson M, et al. 2019). Para melhorar a gestão de feridas de difícil cicatrização, é necessário conhecer o conceito de biofilme e do aumento na ferida das metaloproteases, da sua limpeza e seu desbridamento com ou sem regularização de bordos.

Com a ajuda do confinamento, em matéria de tratamento de feridas está a preparar-se uma tempestade perfeita: uma população cada vez mais envelhecida, o empobrecimento, o aumento e descontrolo das morbilidades associadas à idade e ao estilo de vida, como a diabetes (que é pandémica), a hipertensão e doenças vasculares e a obesidade, a pressão económica no sistema de saúde, particularmente no SNS, a utilização excessiva de antibióticos em conjunto com o aumento da resistência a antibióticos e o grave impacto e constante das feridas na qualidade de vida.

A evidência científica disponível sugere como boa prática, que o diagnóstico, o controlo e gestão do biofil-

me e das metaloproteases são a peça do puzzle que faltava para diminuir o tempo de cura das feridas crónicas. O primeiro passo para se fazer a higienização da ferida passa pelo reconhecimento do conceito da fragilidade do leito da ferida, mas nunca deverá ser considerado como um obstáculo significativo para se fazer desbridamento. Para ajudar nesta decisão sobre este desbridamento agressivo, devemos por um lado lançar mão à evidência científica existente e colaboração da avaliação multidisciplinar. Quando for necessário o desbridamento mecânico, é importante gerir as expectativas do doente em relação à dor e ter cuidado para evitar lesões que possam comprometer o tempo de cura da ferida.

Uma ferida de difícil cicatrização corresponde aquela que não conseguiu responder ao padrão de cuidados com base em evidências. O conceito de higienização da ferida baseia-se no pressuposto de que todas as feridas de difícil cicatrização contêm biofilme. Devido à velocidade de formação do biofilme da ferida, uma ferida que apresente exsudado e um aumento de tamanho ao terceiro dia após a sua ocorrência pode logo ser definida como de difícil cicatrização.

Haverá tratamento local das feridas que após a higienização da ferida, do controlo do exsudado e do biofilme, do controlo e gestão das metaloproteases?

Sim. É possível encontrar o tratamento local baseado na evidência científica que contribua para diminuir o tempo de tratamento, diminuir o tempo de doença, com o melhor custo benefício final, com base no valor da saúde.

Gripe. “Temos um *cocktail* explosivo no que se pode prever para esta época”



Os dados mostram-nos que a vacinação gripal é essencial e justificada nos grupos populacionais recomendados pela Direção-Geral da Saúde (DGS). Mas, segundo o pneumologista e diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (UC), Carlos Robalo Cordeiro, essa necessidade ganha especial impacto na época 2021/22, tendo em conta o baixo contacto da população com o vírus Influenza observado no ano passado, bem como os consequentes níveis mais baixos de imunidade natural observados contra este vírus.

Carlos Robalo Cordeiro

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Qual a importância da vacinação contra a gripe na época 2021/22, numa fase ainda pandémica?

Tem-se assistido a um aumento significativo da adesão vacinal, que anteriormente já era elevada, mas que se afirmou ainda mais nos grupos etários acima dos 65 anos e nos profissionais de saúde. A sensibilização e o reforço junto destes grupos de risco fazem ainda mais sentido neste ano, porque na realidade tivemos, por um lado, muito pouco contacto com o vírus Influenza, e por outro lado, esse baixo contacto com o vírus poderá ter impedido o desenvolvimento da imunidade natural, portanto é possível que a agressividade de quem for infetado este ano possa ser maior.

Acresce ainda o facto de já termos conhecimento que existem países da Europa onde o vírus Influenza já está com maior expressão e a estirpe que tem sido identificada, a AH3N2, é ainda mais agressiva para a população idosa, tendo sido predominante nas estirpes encontrada em 100% dos casos observados em 2016/17 e que motivou uma particular agressividade nos idosos. Não foi a época em que houve mais hospitalizações, mas

aquela em que a taxa de mortalidade foi maior neste grupo etário. Temos aqui um *cocktail* explosivo no que se pode prever da atividade gripal nesta época, mas é certo que continuando a usar todas as barreiras de proteção, como as máscaras faciais, distanciamento e lavagem frequente das mãos, iremos, à semelhança do ano passado, conseguir diminuir a propagação do vírus da gripe.

Segundo os dados da 2.ª vaga do Vacinómetro, cerca de 54,1% das pessoas com 65 ou mais anos já foram vacinadas contra a gripe. Considera este valor animador?

Sinceramente, nesta fase esperava um número mais animador. Segundo os dados de que dispomos até ao momento, na época 2019/20 podemos ter ultrapassado a fasquia que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como objetivo a atingir para esta população: 75% de população vacinada.

Neste ano, a possibilidade de atingirmos esse número é ainda maior, pois pode-se administrar o reforço da vacina para o coronavírus concomitantemente com a vacinação gripal. Gostaria que atingíssemos

os 75% de vacinação antigripal, como atingimos há duas épocas.

Que medidas podem contribuir para o aumento desta taxa vacinal?

Quanto mais assertiva for a nossa comunicação, através da utilização dos media como a rádio e a televisão, em detrimento de outras plataformas mais tecnológicas, maior será a possibilidade de a mensagem ser bem recebida e entendida. Também a vacinação gripal deveria ser objeto de uma promoção particular.

Sabe-se, nomeadamente através do estudo BARI que envolveu um levantamento de informação a 10 anos – desde 2008 a 2018 – que o número de internamentos na população acima dos 65 anos é quase seis vezes superior à população abaixo desta idade. O número de dias em internamento é também muitíssimo superior na população idosa, mas é sobretudo mais preocupante que a mortalidade seja também ela muito maior. Este facto é ainda mais significativo quando existem outras comorbilidades associadas, sendo elas comuns nestes grupos etários.

Novas estratégias de prevenção do isolamento e solidão não desejada:

O CASO DO PROJETO RADAR



Mário Rui André

Sociólogo com doutoramento em redes interorganizacionais, Diretor do Projeto RADAR

O envelhecimento em meio urbano é uma realidade indissociável ao fenómeno da crescente urbanização das sociedades com implicações significativas para o desenvolvimento humano, em particular no contexto da longevidade (Plouffe & Kalache, 2010; Van Hoof, et al. 2018). Envelhecer nas grandes cidades pode até ser vantajoso em muitos aspetos da qualidade de vida, resultantes da melhor acessibilidade a cuidados de saúde ou outros bens sociais, educacionais e culturais que procuram promover a inclusão e participação dos cidadãos ao longo da vida. Contudo, viver nas grandes cidades acarreta um elevado potencial de desvinculação sociofamiliar e de isolamento e solidão não desejada. De facto, os estudos têm demonstrado que uma parte

significativa das pessoas com mais de 65 anos vivem sós e tendem a manter fracas ligações com o meio ambiente social envolvente (Paço, 2017).

Apesar de 'viver só' não implicar necessariamente uma situação de isolamento social - pois pode configurar uma opção de vida -, também não deixa de ser potenciador da solidão indesejada, remetendo as pessoas para um vazio relacional que as coloca em situação de risco e muito vulneráveis a doenças do foro psicossocial com reflexos na saúde física, podendo até limitar as suas capacidades para procurar os recursos adequados às suas necessidades (Fonseca, 2005).

Para responder aos desafios colocados pelo fenómeno da solidão não desejada em meio urbano têm sido desenvolvidas estratégias e metodologias de intervenção social que procuram aprofundar o conhecimento desta realidade social através da densificação de microredes de proximidade assentes em parcerias organizacionais colaborativas com forte envolvimento dos cidadãos (André, 2019). Procura-se assim recriar nas grandes cidades ambientes de bairro, de solidariedade e de vizinhança, que releve a importância de 'Todos' estarmos atentos para o que se passa à nossa volta e que, deste modo, permita detetar precocemente as situações de risco, de isolamento

e solidão, e agir sobre elas, desde logo com base nos recursos locais existentes, ajustando a intervenção às características específicas de cada pessoa.

A capital portuguesa tem acompanhado este movimento de aproximação à realidade em que as pessoas mais velhas vivem, identificando e procurando dar uma resposta adequada às situações de grande isolamento e solidão não desejada, até porque apresenta um dos índices de envelhecimento mais elevados da Europa (IE - 200), onde cerca de 23% da população (aproximadamente 130 mil habitantes) tem 65 ou mais anos, em que 64% destes (131.147) vive sós ou acompanhados por pessoa do mesmo escalão etário e cerca de 15% (35.262) vivem sós. Esta é a realidade sociodemográfica que serviu de pano de fundo ao desenvolvimento do projeto RADAR na Cidade de Lisboa. O Projeto RADAR surgiu em janeiro de 2019, enquadrado no programa "Lisboa, Cidade de Todas as Idades", assente numa parceria colaborativa que envolve 30 entidades (SCML; CML; PSP; ARS; ISS; Gebalis; 24 juntas de freguesia), e que procura potenciar o trabalho desenvolvido pela Rede Social de Lisboa na área do envelhecimento.

O Projeto teve como objetivo inicial proceder ao levantamento da população 65+ da Cidade de Lisboa com vista ao reconhecimento das suas necessidades, ex-

petativas e oportunidades. Foram entrevistadas cerca de 29.000 pessoas passando estas a integrar a plataforma digital do Projeto RADAR. Esta plataforma online constitui o repositório informacional das pessoas que aderem ao Projeto, permitindo, por um lado, partilhar informação entre os parceiros e, por outro lado, ativar os recursos locais existentes de forma a dar resposta às necessidades identificadas.

Outra componente fundamental do Projeto RADAR consiste na ativação microredes de deteção e sinalização de situações de risco, os Radares Comunitários. Estas microredes são constituídas pelos agentes locais - organizações, associações, IPSS's, comércio local, farmácias e também pelos cidadãos - que funcionam como os verdadeiros "os olhos e os ouvidos da Cidade" dando o sinal de alerta sempre que detetam uma situação de risco, podendo para tal utilizar uma linha de contact center disponível, o 'Informativo RADAR' (213 263 000). No fundo, o que se pretende é criar um clima de comunidade em contexto urbano que envolva os agentes locais na identificação das situações de risco e de elevada vulnerabilidade, apelando ao nosso sentido de solidariedade, participação e cidadania responsável. Identificadas as situações de maior risco e vulnerabilidade social elas acabam por ser objeto de acompa-

Projeto RADAR Outubro 2021



nhamento telefónico até estarem enquadradas nos recursos comunitários existentes, de forma a não deixar ninguém para trás.

A pandemia por Covid-19 constituiu uma oportunidade para o Projeto Radar evidenciar todo o seu potencial. Assim, através de uma ação imediata de contactos telefónicos com as pessoas integradas na Plataforma Radar foi possível avaliar rapidamente a situação de confinamento em que se encontravam, identificar as suas necessidades e ativar de forma célere, eficiente e eficaz, as respostas adequadas a essas necessidades. Durante os primeiros 3 meses do início da pandemia, foram realizadas mais de 80.000 chamadas telefónicas que resultaram não apenas na ativação de recursos de tipo alimentar, apoio na medicação e no fornecimento de serviços ao domicílio, mas também

numa ação de descodificação da informação, sensibilização e consciencialização sobre a prevenção da infeção e a forma como as pessoas deveriam agir sem ceder ao pânico. O Projeto RADAR demonstrou assim todo o seu potencial para atuar em eventos disruptivos inesperados como são também as ondas de frio e de calor, possibilitando chegar às pessoas idosas mais isoladas e sós de uma forma rápida e eficaz com vista a responder às suas necessidades mais prementes.

Até 2026 iremos desenvolver todos os esforços para firmar o Projeto RADAR como um programa de intervenção social essencial à gestão dos desafios da longevidade e envelhecimento na cidade de Lisboa, assentando a nossa ação naquilo a que chamamos a estratégia dos 3 AAA+:

- Fortalecer a Apropriação

do projeto por parte de todos os parceiros-chave envolvidos, de forma a promover a sua sustentabilidade;

- Garantir a Atualização sistemática da informação de forma a garantir a sua utilidade efetiva em situação de risco;
- Manter a Alimentação contínua da plataforma com novas adesões através de dinâmicas de ações de rua envolvendo os parceiros locais e os radares comunitários;

Para mais informação ver Site:



Referências bibliográficas:

- Plouffe, L., & Kalache, A. (2010). Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. *Journal of urban health*, 87(5), 733-739;
- Van Hoof, J., Kazak, J. K., Perek-Białas, J. M., & Peek, S. (2018). The challenges of urban ageing: Making cities age-friendly in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2473.
- Paço, C. (2017). Solidão e isolamento na velhice: um estudo realizado na Freguesia da Misericórdia em Lisboa (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas).
- Fonseca, A.M. (2005). Desenvolvimento humano e envelhecimento. Climepsi Editores.
- André, M.R. (2018). Promoção do Envelhecimento na Comunidade: Contributo metodológico para o desenvolvimento de estratégias colaborativas locais. In: AGEINGCONGRESS2018 - Congresso Internacional sobre Envelhecimento - Livro de Atas. Disponível em: <http://2018.ageingcongress.com/publication/>

RECOMENDAÇÕES DA SPGG PARA A VACINAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS



Manuel Carrageta
Presidente da SPGG

As vacinas são dos maiores sucessos da história da medicina. Têm salvado mais vidas nos últimos 50 anos que qualquer outra intervenção médica. Graças, em grande parte às vacinas, as doenças infecciosas como a poliomielite, a difteria, a parotidite (papeira), o sarampo, a varíola e a rubéola fazem quase parte do nosso passado.

A Covid-19 e a gripe vieram demonstrar mais uma vez como as vacinas são fundamentais, em particular, para os adultos mais idosos. Com efeito, verifica-se que mais de 90% das mortes ocorrem em indivíduos com idade superior a 60 anos.

Tem sido evidente que a idade avançada condiciona um enorme aumento da suscetibilidade às complicações, associadas a estas duas infeções, quase sempre devidas a um fenómeno da imunosenescência, ou seja, de envelhecimento do sistema imunitário. Isto é, nas pessoas idosas há um enfraque-

cimento imunitário que conduz a uma menor capacidade do organismo para responder às infeções, sendo também responsável por uma potencial menor resposta protetora às vacinas. Por esse motivo tem havido um desenvolvimento de vacinas especificamente reforçadas para aumentar a resposta imunitária às vacinas a administrar à população com idade mais avançada.

A SPGG recomenda vivamente a vacinação contra a COVID-19, bem assim como todos os reforços vacinais que vierem a ser fixados superiormente. Face à evidencia científica atual, a SPGG recomenda que todas as pessoas idosas devem dar a maior atenção às seguintes vacinas:

Vacina da gripe - A SPGG recomenda que, nas pessoas com mais de 60 anos de idade, se opte por uma vacina da gripe quadrivalente, de preferência, com dose reforçada, todos os Outonos, idealmente entre novembro e a primeira quinzena de dezembro. Como a estação da gripe se prolonga até ao fim de março, aconselhamos que todos se vacinem, pelos menos antes do início da Primavera, caso não o tenham feito antes.

Vacina antipneumocócica - A infeção pneumocócica é a principal causa de pneumonia adquirida na comunidade e uma importante causa de morte das pessoas idosas. Tal como acontece com a gripe também a Covid-19 aumenta o risco de pneumonia, particularmente nas pessoas com mais de 60 anos. Estão disponíveis duas vacinas antipneumocócicas: a conjugada e a polissacarídica. A SPGG recomenda a vacinação pneumocócica neste grupo etário, que no caso da vacina conjugada (PC-13), requer apenas uma inoculação para toda a vida, uma vez que induz uma resposta imunitária intensa e prolongada. No entanto, para uma maior proteção deve-se administrar também a vacina polissacarídica (PP-23). Sempre que possível, a vacina conjugada deve ser administrada em pri-

meiro lugar e aguardar-se um mínimo de 8 semanas para inocular a vacina polissacarídica. Quando a pessoa idosa recebeu previamente a vacina polissacarídica, deve esperar-se pelo menos um ano antes de se administrar a vacina conjugada. Nos imunodeprimidos, a vacina polissacarídica deve ter uma inoculação de reforço após 5 anos. Vacina anti-pertussis (tosse convulsa) - Nas pessoas idosas, a tosse convulsa pode assumir bastante gravidade. A SPGG recomenda que esta vacina deva ser feita uma vez na idade adulta. Pode ser inoculada em conjunto com as do tétano e da difteria, que devem ser administradas de 10 em 10 anos.

A vacina da Herpes zoster - A herpes zoster (cobrão, zona) é uma doença que se manifesta

por dor intensa e erupção vesicular unilateral, geralmente no tórax. Esta infeção complica-se muitas vezes com dor persistente e difícil de tratar, não sendo raro, pelo sofrimento que pode provocar, em alguns casos, chegar a levar ao suicídio. Associa-se também a um aumento do risco de cegueira por herpes ocular, acidente vascular cerebral, parestesias e paralisias nervosas, incluindo a síndrome de Guillain-Barré. Embora alguns fármacos antivíricos se possam utilizar no tratamento, a única proteção realmente eficaz é a vacinação, que confere imunidade para o resto da vida. Estão disponíveis duas vacinas, uma delas com vírus vivo atenuado e outra mais recente, uma vacina baseada na tecnologia recombinante. Todos os indivíduos com mais de 50 anos devem receber preferencialmente esta última, administrada em duas inoculações, com 2 a 6 meses de intervalo.

Para terminar, a SPGG salienta que as vacinas são tão importantes nas pessoas idosas como nas crianças e constituem um dos pilares do envelhecimento saudável.



LONGEVIDADE E DIREITOS

Paula Guimarães
Jurista com interesse na área da Gerontologia

A morte de cada homem diminui-me, porque eu faço parte da humanidade; eis porque nunca pergunto por quem dobram os sinos: é por mim.

John Donne

A longevidade veio trazer à sociedade portuguesa inúmeros desafios económicos e sociais, suscetíveis de por em causa equilíbrios que considerávamos adquiridos.

Efetivamente, apesar do aumento da esperança de vida ser um inequívoco sinal de desenvolvimento, o que é facto é que não estamos ainda preparados para lhe responder de forma a assegurar a qualidade de vida das pessoas mais velhas.ⁱ

Não sendo a idade um fator automático de perda ou redução de direitos, fatores como a insuficiência de respostas sociais e de saúde e sua insuficiente flexibilidade e inovação põem em causa a efetivação dos direitos sociais constitucionalmente reconhecidos, reduzem a capacidade de participação e relegam as pessoas idosas para uma espécie de exílio jurídico.

Os níveis elevados de iliteracia, a dificuldade de acesso à informação e a exclusão digital afetam uma parte significativa dos maiores de 65 anos, constituindo obstáculos efetivos ao exercício da sua cidadania.

Acresce que eventualidades como a dependência e a demência afetam profundamente a capacidade de gozo e de exercício de direitos, exigindo morosos procedimentos legais para que a representação seja assegurada.

Sendo as pessoas idosas sujeitos jurídicos na plenitude da cidadania não é menos verdade que o envelhecimento é um risco acrescido que pode comprometer a sua efetiva integração na sociedade.

A morte jurídica de um cidadão mais velho, tal como refere John Donne, diminui-nos a todos, põe em causa o estado de direito, fragiliza a democracia e a coesão social e constituiu uma ameaça grave à sustentabilidade dos valores da intergeracionalidade. O que permitirmos que aconteça hoje, em matéria de violação de direitos, refletir-se-á, necessariamente, no futuro, na forma como as comunidades se estruturam e pro-

tegem os seus elementos mais vulneráveis. Por isso, é fundamental que entidades como a SPGG se interessem por este domínio e constituam territórios de debate e de promoção dos direitos das pessoas mais velhas, principalmente daquelas que se encontram em situação de maior fragilidade, designadamente os doentes e os dependentes.

O direito deve constituir uma trave mestra da intervenção realizada quer em sede de Gerontologia, quer no contexto da Geriatria, já que as implicações jurídicas da atuação dos profissionais são permanentes e relevantes.

Questões como o consentimento informado, o envolvimento no processo terapêutico, a definição do projeto de vida, a representação legal e as diretivas antecipadas de vida, condicionam a atuação dos profissionais de saúde e da área social e definem claras fronteiras de legitimidade.

O que está em causa é a defesa intransigente, por parte do legislador, de uma intervenção centrada na pessoa, no seu interesse, no respeito pelas suas decisões independentemente da sua idade.

O que a nossa lei defende, mas nem sempre a prática respeita, é o empoderamento da pessoa idosa como gestora do seu projeto de vida e dona da sua vida e do seu corpo e a possibilidade de prevenir a incapacidade superveniente.

A recusa da infantilização, do envolvimento excessivo dos cuidadores é, também, uma preocupação presente nos mais recentes diplomas que enquadram a prática gerontológica e geriátrica e devem estar sempre presentes na práxis de quem está na linha da frente na prestação de cuidados.

Neste sentido, vão a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, (aprova da pela Resolução da AR n.º 1/2001, de 03 de Janeiro), a Lei do Testamento Vital (Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho), o Regime do Maior Acompanhado, (Lei n.º 49/2018 de 14 de agosto), o Estatuto do Cuidador Informal

(Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro), bem como a Lei dos Direitos das Pessoas em Contexto de Doença Prolongada e fim de vida (Lei n.º 31/2018, de 18 de julho).

A moldura legal portuguesa é exaustiva e clara sobre os direitos das pessoas idosas, em especial quando necessitam de apoio social e de saúde, mas, continuamente, assistimos à sua violação no contexto dos serviços sociais de saúde.

Práticas como a obtenção do consentimento informado junto dos familiares, precipitação na preparação da alta, sem envolvimento do doente, colocação em equipamento contra a vontade do acolhido, violação do direito à informação e do direito à segunda opinião e gestão abusiva do património das pessoas mais velhas são, infelizmente, recorrentes e toleradas por uma sociedade que teima em considerar a violência contra as pessoas idosas como um tabu.

Esse desrespeito, tem como causas a iliteracia jurídica dos profissionais e dirigentes, a cumplicidade silenciosa das entidades responsáveis pela supervisão e a convivência medrosa e ignorante das próprias vítimas e acompanhantes.

A promoção dos direitos nas idades avançadas depende, por isso, de um investimento grande na divulgação dos direitos pessoais dos cidadãos, na formação dos profissionais e dos familiares e na adoção de uma política de tolerância zero relativamente aos prevaricadores.

Viver até tarde não pode ser sinónimo de erosão do universo jurídico, nem pode permitir que cuidadores formais ou informais assumam a titularidade das decisões sem estarem mandatos para isso.

Se tolerarmos a continuidade destes comportamentos abusivos, será inevitável que os sinos venham a tocar por nós, se formos longevos.

ⁱ Adotamos o conceito da OMS

ENVELHECER - UMA PREQUELA

Prequela: obra cuja história ou enredo serve de antecedente a uma outra já existente (infopedia.pt)



António M. Fonseca

Psicólogo e professor da Universidade Católica Portuguesa

Neste texto não vou falar de envelhecimento. Ou melhor, vou falar de envelhecimento, mas olhando para ele como um privilégio de quem tem uma vida longa e que, antes de o atingir, atravessa uma sequência de acontecimentos durante um período do ciclo de vida que nos habituámos a chamar de meia-idade (Fonseca, 2021). A meia-idade será então o enredo principal das linhas que se seguem, sabendo antecipadamente que, com um pouco de sorte, a velhice mais cedo ou mais tarde estará à nossa espera porque a outro destino não chegaremos à medida que a idade for avançando. É comum, na meia-idade, o desejo de retorno a um tempo fantástico onde se acreditava verdadeiramente que um dia seria possível, sem reservas, realizar todos os sonhos da juventude: no amor, na carreira profissional, nas relações com os outros. Este desejo fica bem patente no revivalismo das re-

uniões de evocação dos 25 ou dos 30 anos disto ou daquilo. Para além dos habituais “estás na mesma” ou do “eh pá, já não te via há mais de 30 anos”, temos conversa garantida para duas ou três horas a falar do passado e do que aconteceu desde então. Teremos de ser muito insensíveis para não ficarmos genuinamente emocionados com alguns reencontros ao fim de tantos anos, onde se recuperam lembranças e afetos que agora se tornam novamente presentes e familiares. Mas onde também se reconhece que estamos a envelhecer, que os pais vão definhando ou já morreram, que há amigos da infância que eu já não reconheceria se me cruzasse com eles na rua, que os filhos nem sempre fizeram o que nós gostaríamos, mas que também nós, objetivamente, fizemos más escolhas, nunca ganhámos tanto como gostaríamos, hoje talvez não escolhêssemos o mesmo curso ou a mesma profissão, estamos casados, mas nem sempre felizes, ou então já não estamos sequer casados. E no final destes reencontros, geralmente à volta de uma refeição bem comida e bem bebida, apercebemo-nos, finalmente, que tudo se passou tão rapidamente, parece que ainda foi ontem, mas na verdade já lá vão 30 anos... O que serei e onde estarei eu daqui a mais trinta, se lá chegar? E este futuro à minha frente, como prepará-lo?

Uma das respostas mais interessantes a esta questão é proposta pela psicóloga norte-americana Laura Carstensen através do conceito de seletividade socioemocional. Para Carstensen (1991), à medida que vamos envelhecendo efetuamos uma redistribuição dos

recursos sociais e emocionais disponíveis, atendendo à mudança da perspetiva acerca do tempo que ainda nos resta para viver. Na prática, isso significa re-olhar para a nossa vida e ajustar prioridades: simplificar, reduzir, cuidar de nós mesmos, escolher o essencial, selecionar o que verdadeiramente nos faz felizes e que seja fulcral para a manutenção ou melhoria da qualidade de vida nos anos futuros.

Na primeira metade da vida as pessoas tendem a cultivar relacionamentos sociais mais numerosos, a explorar o mundo, a aprender o máximo que puderem, a afirmar a sua identidade. E compreende-se que assim seja; as metas são mais numerosas e de longo prazo pois o tempo é percebido como ilimitado. Contudo, à medida que se avança da meia-idade em direção à velhice, a ânsia pela ampliação de realizações e pela diversificação de contatos sociais diminui e é substituída por aquilo que Carstensen apelida de regulação social e emocional. Reconhecendo que já não alcançará todos os objetivos a que no início da idade adulta se propunha, a pessoa escolhe aqueles que considera serem os mais adequados à fase da vida em que se encontra e abandona voluntariamente os que considera menos relevantes. Mas vai selecionar igualmente as relações sociais, mantendo as que avalia como mais importantes - ou porque são emocionalmente próximas (sobretudo família) ou porque oferecem maior chance de lhe proporcionar conforto emocional (sobretudo amigos). Resumidamente, tendemos a reorganizar metas e relações sociais, a dar prioridade à concretização de objetivos de mais

curto prazo, a preferir relações sociais mais significativas e a descartar o que não corresponder a estes critérios.

Atingida a meia-idade, todos necessitamos de estar motivados internamente para lidar com as mudanças que o envelhecimento vai provocar nas nossas vidas. Na verdade, sabemos o que nos espera. Apesar da ciência já nos ter demonstrado que a adoção de estilos de vida saudáveis aumenta a probabilidade de envelhecermos com mais qualidade de vida, é precisamente agora, na meia-idade, que começamos a experimentar um declínio funcional que começa por ser sentido em coisas pequenas: dificuldade em subir um lanço de escadas mais íngreme, em memorizar um número ou recordar um nome, em tomar decisões com a rapidez de antes. Na melhor das hipóteses, entre os 50 e os 60 anos é chegada a hora em que passamos a ir regularmente ao médico por isto ou por aquilo, em que palavras como colesterol e hipertensão entram no nosso vocabulário, em que “fazer exames” se torna rotina, ou pior, em que adoecemos mesmo com alguma gravidade e nos tornamos definitivamente “doentes crónicos” de alguma coisa. Juntando a tudo isto a morte dos pais e a tomada de consciência da nossa própria mortalidade, nada mais nos resta do que assumir que começamos a envelhecer. Na crónica O mês de abril que não regressa, António Sousa Homem recorda o momento em que, em plena meia-idade, se apercebeu da doença do “velho Doutor Homem”, seu pai: “eu envelheci nesse dia e percebi que tinha chegado a

um confronto decisivo com a minha idade. (...) A doença do meu pai lembrou-me (...) os deveres familiares e a iminência do fim.”

Todas estas mensagens que o corpo (o nosso e o dos outros) nos envia serão ainda mais pronunciadas na década dos 60 anos, desafiando a determinação individual para nos mantermos na melhor condição possível. Isto vai exigir coisas tão simples, mas tão negligenciadas, como reduzir o stress, ter cuidado com a alimentação ou praticar regular e continuamente atividade física. Para o diretor do Estudo de Harvard, Robert Waldinger, o envelhecimento é um processo contínuo, sendo possível observar logo por volta dos 30 anos de idade um conjunto de alterações fisiológicas que vão refletir-se nas trajetórias de saúde individuais. E deixa um conselho: “Cuide do seu corpo como se fosse precisar dele por 100 anos!”. Claro que seremos capazes de contornar muitas “más notícias” associadas ao processo de envelhecimento usando estratégias adequadas para o efeito, tanto do ponto de vista físico como mental. Fundamentalmente, trata-se sobretudo de valorizar aquilo que fazemos bem, aquilo de que somos capazes: o ainda consigo em vez do já não consigo...

Com efeito, a experiência acaba por nos ensinar que se ajustarmos aquilo que pretendemos fazer ao que ainda somos capazes de fazer, vamos sentir mais confiantes e contornamos o receio implícito de sentir que estamos a atravessar a porta entre a capacidade plena e a progressiva incapacidade. Dessa forma, esforçamo-nos por enganar a idade e os seus efeitos até onde for possível, e por quanto mais tempo o conseguirmos melhor. É que, como lembra António Sousa Homem na crónica citada, quando se envelhece, “envelhece-se sem remissão. E sem regresso.”

A tendência para dividir a vida

humana em partes - infância, adolescência, idade adulta e velhice -, para além de facilitar a abordagem a cada um dos períodos do ciclo de vida, confere uma sensação de regularidade baseada em expectativas: neste período acontece isto, naquele é esperado que aconteça aquilo, etc. Avanços científicos recentes, no entanto, questionam esta divisão tradicionalmente baseada na idade cronológica; envelhecer é um processo e a nossa competência, física e psicológica, está apenas parcialmente relacionada com a passagem dos anos. Quer a diminuição quer a perda progressiva de capacidades não acontecem em todas as pessoas ao mesmo tempo, nem em todas as capacidades simultaneamente. Não existe um envelhecimento “típico” nem um idoso “típico”. Para esta diversidade contribuem o nosso património genético e biológico, a nossa história de saúde e de doenças ao longo do ciclo de vida, e os acontecimentos por que passamos e que foram deixando as suas marcas.

Talvez uma vida sem idade fosse uma boa ideia, mas, como tal não existe, a idade serve de indicador para nos caracterizar (crianças, jovens ou adultos), para regular o nosso comportamento (“ainda não tens idade para...”; “já não tens idade para...”) ou até mesmo para sermos avaliados (ficar velho antes do tempo, ter um ar novo, estar conservado ou acabado). Para além da idade efetiva, medida em anos, meses ou até dias, há toda uma outra idade, não cronológica, que remete para o plano psicológico, social e funcional. A categorização das pessoas de acordo com a sua idade cronológica serve para facilitar as nossas vidas diárias e o modo como pensamos o quotidiano. O problema não é tanto a idade, mas sim o idadismo (estereótipo ligados à idade), ou seja, quando usamos a idade

para discriminar alguém ou para limitarmos aquilo que podemos ou não fazer num determinado momento do ciclo de vida em função da idade cronológica. Não é fácil resistir ao idadismo, sobretudo ao idadismo que impomos a nós mesmos. Não vivemos sozinhos, comparamo-nos com os outros, temos vergonha de mostrar certos comportamentos que aos olhos de terceiros podem ser encarados como desadequados ou impróprios para a nossa idade. Chegamos mesmo a interiorizar um sentimento de discriminação por causa da idade, tornando-nos polícias dos nossos sentimentos e daquilo que fazemos. Dois exemplos a este propósito, sugeridos pelo psiquiatra Júlio Machado Vaz (2018). Ainda hoje a sociedade considera estranho falar-se em amor e sexualidade nos mais velhos, “retirando-lhes” o direito de namorarem, de se apaixonarem, de terem vida sexual. É a mesma sociedade que também não lhes “dá” o direito de estarem tristes ou de gostarem de estar sós. As consequências são óbvias: se no primeiro caso a generalidade das pessoas tende a aceitar que assim é e renunciam completamente à vida amorosa e sexual, no segundo caso arriscam a que a tristeza - um “afeto negativo” completamente normal em qualquer idade - seja confundida com depressão e acabem por ser alvo de uma intervenção terapêutica desnecessária.

Há pessoas que não se importam nada de envelhecer enquanto outras farão todos os possíveis para se afastarem dessa inevitabilidade ou de a aceitarem o mais tardiamente possível. Numa entrevista onde em dado momento reflete sobre os feitos da passagem do tempo na modelação da personalidade, Miguel Esteves Cardoso afirma algo bem interessante: “Depois, quando se começa a provar a velhice, percebe-se

que esta não é assim tão definitiva nem tão simples como dizer ‘então, agora podemos morrer’. E que a vida espanta com certas ironias.”

Alcançada a meia-idade, numa ambivalência de sentimentos, não é raro considerarmos que já fomos mais felizes noutra momento do que agora ou que seríamos mais felizes se pudéssemos simplesmente trocar o momento presente por um outro. Sucede que olhar para trás não é necessariamente mau, pois a nostalgia do passado pode ajudar na adaptação ao presente: afinal, um olhar atento sobre aquilo que se passou ajuda a focar no “aqui e agora” e permite descobrir caminhos que respondam ao anseio por algo mais do que aquilo que se possui, mas que ainda não foi alcançado. Insistindo mais na forma como controlamos a nossa vida do que simplesmente deixarmos-nos controlar pelas circunstâncias, poderemos destinar tempo para valorizar o que já conseguimos e para sonhar com o que ainda gostaríamos de atingir, assumindo definitivamente que seremos tantos mais felizes quanto mais conseguirmos retirar significado do que a totalidade da vida nos oferece, já hoje e no futuro.

Referências bibliográficas:

- Carstensen, L.L. (1991). Socioemotional selectivity theory: social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.
- Esteves Cardoso, M. (2014). Entrevista à revista *Visão* (7/5/2014).
- Fonseca, A.M. (2021). *Meia idade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Homem, A.S. (2013). *Páginas de melancolia e contentamento*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Machado Vaz, J. (2018). Conferência “Há mais vida depois dos 60” (13/12/2018). Centro Cultural MIRA FORUM, Porto.



PRÉMIO ENVELHECIMENTO ATIVO DR.^a MARIA RAQUEL RIBEIRO 10 ANOS - 2021

A Associação Portuguesa de Psicogerontologia (APP) instituiu, a 1 de outubro de 2012 – Dia Internacional das Pessoas Idosas – o Prémio Envelhecimento Ativo Dr.^a Maria Raquel Ribeiro, com a colaboração e apoio da Fundação Montepio e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, cujo objetivo é promover uma imagem positiva e participativa das pessoas idosas, informando sobre o real contributo que dão à sociedade portuguesa e, não menos importante, dando-lhes voz ativa e visibilidade como exemplos.

O Prémio tem o nome da Senhora Dr.^a Maria Raquel Ribeiro, como referência pioneira e figura ímpar da Segurança Social, precursora de muitas das estratégias de intervenção ora consolidadas e que introduziu o tema do Envelhecimento, em Portugal, incluindo a participação de múltiplos Ministérios na Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade- CNAPTI, de que foi presidente.

Este Prémio apela a uma visão positiva, humana, multidisciplinar e integrada sobre o Envelhecimento e tem, nas personalidades premiadas, o reconhecimento do valor social dos mais velhos e da gratidão que a sociedade lhes deve manifestar.

Dedicado às Pessoas Idosas Ativas, este galardão atribuído anualmente no dia 1 de outubro visa homenagear cidadãos longevos que se mantêm ativos, participativos e interventivos, influenciando de modo construtivo a sociedade portuguesa, e simboliza a luta pela dignificação da longevidade, do envelhecimento ativo e de tudo o que de positivo e de valor neles se encerra. Tem ainda como propósito contribuir para contrariar estereótipos negativos e todas as formas de discriminação pela idade.

São selecionadas pessoas singulares, com 80 ou mais anos, que residam em Portugal ou que sejam de nacionalidade portuguesa, e que se destaquem pela atividade profissional ou cívica que realizam, e também relacionadas com a Família e/ou com a Comunidade onde se inserem, nas seguintes categorias: Intervenção Social; Arte e Espetáculo; Ciência e Investigação; Política e Cidadania; Ética e Saúde; Família e Comunidade.

Relativamente à categoria “Família e Comunidade”, o processo de candidatura é livre e é aberto um concurso, podendo qualquer cidadão apresentar a sua candidatura ou a de outro, através do preenchimento de formulário próprio.

Depois de, em 2020, não ter sido realizado o Prémio pela primeira vez, devido à situação pandémica, concretizou-se este ano, de forma não presencial, à distância e em formato Live facebook da APP, a cerimónia de entrega do Prémio, celebrando-se 10 anos de realizações.

A adaptação a este desafio, tem expressão no tema das Nações Unidas para o Dia Internacional das Pessoas Idosas de 2021: "Equidade Digital para Todas as Idades".

Na comemoração dos 10 anos do Prémio Envelhecimento Ativo Dr.^a Maria Raquel Ribeiro, a APP quis deixar testemunho com os Premiados de 2012 a 2021, da importância que estas pessoas tiveram e têm para que as gerações mais jovens de hoje sintam orgulho e respeitem os seus mais velhos e para que construam uma sociedade que, no futuro, os venha a reconhecer e a respeitar, uma sociedade que não os esqueça, não os abandone, não os discrimine e não os maltrate, e reconheça em cada pessoa idosa uma história de vida passada, presente e futura. Também por estas razões, temos a preocupação de deixar no presente as atividades que as Galardoadas e Galardoados exercem, à data de cada cerimónia do Prémio.

A pequena peça que materializa o Prémio Envelhecimento Ativo Dr.^a Maria Raquel Ribeiro representa o nascer do Sol, da esperança, o respeito pela pessoa humana, a necessidade de projetos de vida, a criatividade e curiosidade próprias do ser humano e o apelo à atividade e alegria participativas durante toda a vida, simbolizados pelo facto de, para se conhecer tudo o que está escrito na peça artística, ser necessário fazer movimento, rodando-a e procurando descobrir o seu conteúdo.

A Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia tem-se associado ao Prémio Envelhecimento Ativo Dr.^a Maria Raquel Ribeiro desde a primeira hora, considerando a importância do seu significado e a abrangência a que obrigam o conceito de envelhecimento ativo, a saúde no envelhecimento e os cuidados de excelência na fragilidade, na medicina de acompanhamento e, de forma global na Geriatria e na Gerontologia.

Para saber mais consulte: www.app.com.pt.

Maria João Quintela
Presidente da Associação Portuguesa de Psicogerontologia

Posters

41º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia

1. A UNIÃO FAZ A FORÇA - A IMPORTÂNCIA DE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

Autora: Alexandra Soares¹

Co-Autor: Jorge Bruno Pereira¹; Róman Marquez de La Peña¹

Instituição: 1 - UCSP S. Miguel - ULS CASTELO BRANCO

Enquadramento: As úlceras de pressão são consideradas um dos maiores problemas para os idosos, principalmente aqueles que se encontram acamados.

A assistência domiciliar tem como objectivo promover, manter e restaurar a saúde do indivíduo e, com o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar é possível evitar internamentos desnecessários.

Descrição do Caso: Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, 91 anos, acamada no domicílio tendo como principal cuidador um familiar com o apoio do Centro de Dia. Durante o seu seguimento foi identificada pela funcionária do Centro de Dia uma úlcera de pressão sacrococcígea de estadio II. O Centro de Dia sinalizou de imediato a doente ao Centro de Saúde para avaliação e tratamento pela Enfermeira de Família tendo sido iniciado tratamento da referida lesão. Duas semanas depois foi pedida observação pelo Médico de Família por má evolução cicatricial. Foi realizado desbridamento da ferida e iniciada terapêutica antibiótica. A evolução foi favorável com completa cicatrização da úlcera em 5 semanas.

Discussão: O presente trabalho pretende exemplificar a importância de uma equipa multidisciplinar na abordagem de uma patologia complexa como as úlceras de pressão.

O trabalho em equipa é uma maneira eficiente para prevenir e tratar as lesões, e cabe a cada membro avaliar e traçar um plano de cuidados voltado para o paciente em conjunto com a família/cuidador, a qual também se torna crucial dentro da assistência.

2. USO DE BENZODIAZEPINAS NOS UTENTES COM 75 OU MAIS ANOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Autor: Ana Sofia Videira¹

Co-autores: Rui Machado Viana¹, Pedro Gehl Braz¹, Paulo Gonçalves¹, Rúben Rodrigues¹

Instituição: 1- USF Forte, Internos de formação específica em MGF

Introdução e objetivos: Desenvolvidas há mais de 50 anos, as benzodiazepinas foram criadas na sequência das pesquisas de Leo Sternbach de tentar criar um melhor tranquilizador. A substância inicialmente criada tinha efeitos anticonvulsivantes, relaxante muscular e sedativo. Esta classe farmacológica teve tremendo sucesso acabando por substituir os sedativos e hipnóticos mais antigos na década de 70, acabando mesmo por ser das classes mais prescritas dos anos 70. Anos mais tarde veio-se a constatar o problema do abuso e dependência bem como dos efeitos secundários do seu uso. A literatura indica que as benzodiazepinas provocam o aumento do risco de queda e consequentes fraturas (particularmente da anca), aumentam o risco de declínio cognitivo (memória, aprendizagem, capacidade visual, e demência) bem como aumentar a mortalidade. A última publicação do INFARMED em relação ao uso de benzodiazepinas e dos seus análogos indica que Portugal é um dos países com maior consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos da Europa e que a prescrição destes fármacos tem origem maioritariamente nos Cuidados de Saúde Primários. De acordo com os critérios de Beers, as benzodiazepinas devem ser evitadas nos idosos, constituindo uma recomendação forte, com uma qualidade de evidência moderada. Contudo em idosos com história de queda e em idosos que usam dois ou mais fármacos que atuam no SNC, a recomendação de evicção de benzodiazepinas é baseada em evidência científica muito robusta. O objetivo do nosso trabalho é analisar a prevalência de consumo de benzodiazepinas entre os utentes com 75 ou mais anos da lista dos utentes dos nossos orientadores de Formação, bem como verificar há quanto tempo estão assim medicados e quantos fármacos da mesma classe utilizam simultaneamente.

Metodologia: Efetuou-se a pesquisa no módulo estatístico do software MedicineOne® dos utentes com 75 ou mais anos, vivos em 2020, das listas referidas. Foi efetuada a extração desta lista, tendo-se analisado individualmente cada processo clínico e extraídas informações relativamente ao consumo crónico de benzodiazepinas. Foram excluídos utentes não frequentadores.

Resultados: Na amostra selecionada verificamos que existem 236 utentes (110 Homens e 126 Mulheres) com uma média 80.9 anos de idade. Desta amostra 23% estão medicados com pelo menos uma benzodiazepina (13% Homens e 32% Mulheres), sendo que 2 estão medicados com 2 benzodiazepinas e 1 com 3 benzodiazepinas. Na amostra por idades verificamos 25% dos utentes entre os 90 e os 94 utilizam este tipo de fármaco de forma crónica. Dos utentes medicados cronicamente com um fármaco desta classe verificamos que quase metade (44%) o utilizam há pelo menos 9 anos de forma contínua e que apenas 4% o fazem há 1 ano. A benzodiazepina mais utilizada nestes utentes é o alprazolam com 28% seguido do lorazepam com 20%.

Discussão: A semelhança da tendência nacional do uso de benzodiazepinas ser maioritariamente feito por mulheres, também o nosso estudo mostrou que o sexo feminino era quem mais consumia esta classe farmacológica. Destaca-se ainda que também aqui as benzodiazepinas mais utilizadas foram o alprazolam e o lorazepam, indo de encontro ao que se encontra descrito a nível nacional pelo INFARMED. Destacamos ainda o facto de quase metade dos utentes avaliados utilizarem estas moléculas já de forma crónica.

Como limitações do nosso estudo destacamos o facto de os dados serem recolhidos com base nos registos de cada médico, podendo haver viés relativo à falta de registo do profissional e/ou falta de informação relativa a prescrição externa.

3. ADINAMIA NA CESSAÇÃO TABÁGICA EM GERIATRIA - UMA REVISÃO

Autor: Alexandre Vasques;

Co-autor: José Chaves

Instituição: USF Oriente, ACES Lisboa Central

Introdução: O tabagismo é a principal causa evitável de doença e morte nas sociedades desenvolvidas. É responsável por cancro, doença cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva crónica, entre outras patologias, sendo um dos mais graves problemas de saúde pública actualmente. Está demonstrado que o investimento na cessação tabágica é a forma mais eficaz para a diminuição de morbilidade e mortalidade relacionada com o tabaco.

Os idosos fumadores têm uma importante dependência de nicotina e há abordagens farmacológicas e não farmacológicas eficazes e seguras nessa população, no entanto, há um importante lapso relativamente a estudos dirigidos na população geriátrica.

Objectivos: revisão de literatura relativamente a cessação tabágica em idade geriátrica.

Material e Métodos: Pesquisa sistemática na base de dados Pubmed/MEDLINE com os termos: "Smoking Cessation" And "Geriatrics". A literatura foi avaliada e seleccionada conforme PICO (P: população em idade geriátrica; I: Cessação tabágica; C: Manutenção de tabagismo; O: ganhos em saúde, associados à cessação tabágica).

Resultados: Da pesquisa obteve-se 11 artigos que passaram pelo processo de selecção atendendo aos critérios de inclusão. Teve-se em conta a leitura integral dos artigos.

Foram incluídos na presente revisão quatro artigos, três revisões e uma norma de orientação.

Discussão/Conclusão: De acordo com a literatura revista, é recomendado a cessação tabágica

na idade avançada, estando demonstrado que deixar de fumar aos 65 anos, acrescenta aos homens em média 1,4-2anos de vida e às mulheres 2,7 a 3,4 anos, diminuindo progressão de doenças crónicas relacionadas com o tabaco e diminuindo o risco de eventos cardiovasculares. No entanto, há uma falta de informação importante, sendo que esta população se sente menos vulnerável ao risco dos cigarros, estando menos preocupados relativamente ao impacto na sua saúde.

Ainda se verifica que a população geriátrica tem menor confiança na sua capacidade para cessar o consumo, o que, aliado ao facto de haver uma menor probabilidade de ser prescrito tratamento médico de apoio à cessação tabágica, faz desta uma população especialmente susceptível à adinamia para a mudança de estilos de vida e promoção de envelhecimento com saúde.

4. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA INSÓNIA NA POPULAÇÃO IDOSA: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM CENTRO DE SAÚDE

Autora: Maria Rita Mota

Co-autores: Isabel Silva, Andriy Sydorenko, Mara Fonseca

Instituição: Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, USIT

Introdução e Objectivos: A insónia representa um dos problemas mais comuns em Cuidados de Saúde Primários sendo particularmente frequente e relevante na faixa etária a partir dos 65 anos (prevalência estimada de 30-60%).

Trata-se de uma patologia de difícil gestão e tratamento. As benzodiazepinas (BZD) e seus fármacos análogos são a classe farmacológica mais utilizada para o tratamento desta patologia, estando recomendadas para terapêuticas de curta duração (idealmente máximo de 4 semanas). No entanto, estas frequentemente constam na terapêutica crónica dos utentes idosos, com risco associado a diversos efeitos adversos ainda mais significativos nesta população bem como tolerância e dependência.

Assim este trabalho tem como objetivo caracterizar o tratamento farmacológico nos idosos com insónia inscritos no Centro de Saúde de Angra do Heroísmo (CSAH).

Metodologia: Estudo observacional e descritivo. Incluídos os utentes inscritos no CSAH com insónia (codificação P06 - perturbação do sono) em Setembro de 2021, com vigilância no último ano. Recurso ao MedicineOne e MIM@UF para recolha de dado e o Microsoft Excel para análise estatística. Excluídos utentes sem consulta e/ou prescrição de psicofármacos no último ano.

Resultados: No período analisado estavam inscritos no CSAH 6863 idosos dos quais 674 tinham insónia (9,8 %).

Os utentes com perturbação do sono tinham idades entre os 65 e os 98 anos (média de 74,3 anos), existindo uma predominância do sexo feminino (64,1%, n=432). Foram excluídos 67 utentes por ausência de consulta no último ano, ficando a amostra final de 607 utentes. Analisando a terapêutica destes utentes verificou-se que 124 (20,4%) não realizavam tratamento farmacológico para a insónia enquanto que 46,5% (n=282) estavam medicados com BZD e seus análogos em monoterapia, 11,5 % (n=70) faziam outros psicofármacos e 21,6% (n=121) estavam medicados com combinação de BZD e outro psicofármaco. Adicionalmente, a BZD mais prescrita foi o alprazolam (22,6% dos utentes, n=137), seguindo-se do lorazepam e do zolpidem. De ressaltar que 26 utentes encontravam-se medicados com 2 BZD's diferentes. Por sua vez dentro dos outros psicofármacos o mais prescrito foi a trazodona (15,5% dos idosos, n=94), seguindo-se da quetiapine e da mirtazapina, entre outros.

Discussão: A insónia representa um problema muito prevalente e com elevado impacto na qualidade de vida da população mais velha e é muitas vezes um desafio para o Médico de Família em termos de gestão e controlo. A prevalência encontrada parece estar subestimada face à evidência atual, o que pode estar relacionado com erros de codificação. A abordagem terapêutica deve focar-se na terapêutica não farmacológica com ênfase nas medidas de higiene do sono e correção de fatores agravantes. Deve-se evitar o recurso às BZD pelos seus riscos de efeitos laterais particularmente agravados na população idosa nomeadamente risco de queda, alteração da memória, risco de tolerância, entre outros. Quando necessários devem ser usadas por períodos idealmente inferiores a 4 semanas. Na população do CSAH existe uma elevada prescrição de BZD (cerca de 68% dos idosos com insónia estão medicados com BZD e todos de forma crónica) o que reflete um problema de saúde pública com necessidade de avaliação e criação de medidas de desprescrição e educação para a saúde.

5. POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO: A REALIDADE DE UM CENTRO DE SAÚDE

Autora: Maria Rita Mota

Co-autores: Isabel Silva, Andriy Sydorenko, Mara Fonseca

Instituição: Centro de Saúde de Angra do Heroísmo, USIT

Introdução e Objectivos: A polimedicação (≥5 fármacos/dia) representa um problema crescente e particularmente pertinente do

idoso, população com mais comorbidades e maior prevalência de efeitos laterais farmacológicos. O Médico de Família dispõe de ferramentas para o auxiliar no seu quotidiano clínico e racionalizar a sua prescrição médica. Desde 1991, Beers et al. consideraram que o uso de medicamentos, apesar de ser um valioso auxiliar na cura e no controle de doenças, pode ser responsável por iatrogenia severa, sobretudo no doente geriátrico. Estes autores criaram os critérios de avaliação da prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos (última atualização em 2019).

Assim este trabalho tem como objetivo caracterizar e avaliar o perfil de prescrição da população idosa do Centro de Saúde de Angra do Heroísmo (CSAH) quanto às prescrições potencialmente inapropriadas, de acordo com os critérios de Beers for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.

Metodologia: Estudo observacional e descritivo. Incluídos os utentes inscritos no CSAH Dezembro de 2020 utilizadores durante o mesmo ano, com idade >65 anos (n=6658). Amostra simples, calculada para uma proporção esperada de 50%, uma precisão de 0,05 e um intervalo de confiança de 95% (n=364). Fonte de dados: MedicineOne e MIM@UF.

Resultados: A amostra selecionada incluir na sua maioria mulheres (n=213, 58,5%), abrangendo utentes com idade média de 76,4 anos. Foram identificados 2581 episódios ativos, na lista de problemas, sendo a média de 7,1 problemas por utente, o que traduz a multimorbidade presente neste grupo etário.

Verifica-se um predomínio dos problemas relacionados com o sistema endócrino, metabólico e nutricional, seguido dos problemas do sistema circulatório. A média de fármacos prescritos foi 6,3 fármaco/utente, encontrando-se 55,8% dos utentes (n=203) polimedicação. As classes de Beers mais prescritas foram a classe dos Inibidores da Bomba de Protões e as Benzodiazepinas.

Discussão: A maioria dos utentes incluídos no estudo encontrava-se polimedicação no seu receituário crónico. Embora possa existir um viés de registo com falta de atualização da medicação crónica e duplicação de fármacos por outro lado não se avaliaram os medicamentos prescritos fora do Centro de Saúde, nem os medicamentos adquiridos sem receita médica, o que constituem limitações. É fundamental o papel do MF na adopção de estratégias de prescrição racional de fármacos e de educação para a saúde nesta faixa etária de forma reduzir a polimedicação e sua iatrogenia.

6 A INTRIGANTE RELAÇÃO ENTRE A DEMÊNCIA FRONTOTEMPORAL E A PERTURBAÇÃO AFETIVA BIPOLAR: UMA REVISÃO SOBRE AS CARACTERÍSTICAS QUE APOIAM O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

● **Autores:** Odete Nombora¹, João Simas², Maria do Rosário Basto¹, Madalena Pinto³

Instituições: 1 - Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho; 2 - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa; 3 - Departamento de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário São João

Introdução e objetivo: A demência frontotemporal (DFT), em particular a variante comportamental (DFT-vc), e a Perturbação Afetiva Bipolar (PAB) apresentam um grau de sobreposição clínica passível de condicionar a acuidade diagnóstica. Esta partilha sintomática representa um desafio, principalmente nos casos de PAB de início tardio. Atendendo à importância do diagnóstico correto para o tratamento, orientação e prognóstico, torna-se essencial diferenciá-las, algo que pode ser difícil na prática clínica. Sendo assim, pretende-se abordar a evidência recente sobre a relação entre a DFT-vc e a PAB de início tardio, com ênfase nas principais características que apoiam o diagnóstico diferencial.

Metodologia: Revisão não sistemática da literatura na base de dados PubMed/Medline, usando os termos de pesquisa: “frontotemporal dementia” AND “bipolar disorder”. Foram considerados apenas artigos publicados nos últimos 5 anos (2016-2021) que abordam as similaridades e diferenças entre DFT-vc e PAB.

Resultados: A DFT-vc e PAB apresentam diferenças clínicas, neurocognitivas, neuroanatómicas e associações genético-moleculares. Estudos apontam como principais diferenças clínicas as mudanças comportamentais na personalidade pré-mórbida a favor da DFT-vc e o padrão episódico da PAB em contraste com o padrão insidioso e progressivo da DFT-vc. Alguns estudos demonstram que pacientes com DFT-vc apresentam maiores déficits na função executiva, fluência verbal e teoria da mente em comparação com pacientes com PAB, reforçando a pertinência dos testes de cognição social e disfunção executiva. A PAB parece ser um fator de risco para DFT, uma possível fase prodromática, o que levanta a hipótese de associação genética. De facto, duas das três mutações mais comuns presentes na DFT (gene C9orf72 e GRN) foram descritas em alguns pacientes com PAB. O acoplamento do estudo genético e técnicas de neuroimagem pode melhorar a precisão diagnóstica. Adicionalmente, grandes estudos internacionais visando a validação de biomarcadores da DFT genética estão em curso.

Discussão: A relação entre a PAB e a DFT-vc é heterogénea, complexa e pouco clara. Portanto, a DFT-vc é um importante diagnóstico diferencial a ser considerado quando os pacientes apresentam sintomas psiquiátricos de início tardio. Infelizmente, a maior parte dos estudos recentes nesta área são casos clínicos e estudos retrospectivos, existindo a necessidade de estudos longitudinais, randomizados para elucidar o diagnóstico diferencial, a associação PAB-DFT e a identificação de fatores preditores de conversão.

7 UM CASO DE SALMONELOSE NO IDOSO

● **Autores:** Marina Mendes, Maria Margarida Luís;

● **Instituição:** Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

Enquadramento: A Salmonella é uma causa major de doença entérica bacteriana em animais e humanos, representando um problema de saúde pública a nível mundial. Segundo a classificação de Kauffman-White, existem duas espécies de Salmonella, S. entérica e S. bongori, divididas em serogrupos e serotipos de acordo com os antígenos de superfície produzidos pela bactéria. O espectro de doença clínica é heterogéneo, causando distintas manifestações como gastroenterite, febre entérica, bacteriemia, e um estado de portador crónico. O gold standard para diagnóstico de Infecção por Salmonella é a cultura do foco da infecção (fezes, sangue, urina, bils, líquido cefalo-raquidiano, medula óssea).

Descrição do caso: Homem de 71 anos, hipertenso controlado, tabagismo activo. Recorre a serviço de urgência por quadro com 2 dias de evolução de diarreia de características inflamatórias, associada a febre alta. Negadas outras queixas constitucionais. Sem contexto epidemiológico conhecido: sem conviventes doentes, sem viagens para o estrangeiro, sem consumo de produtos caseiros ou água do poço, sem antibioterapia recente.

Evolui com choque séptico, com disfunção multi-orgânica. Identificada Salmonella serogrupo b em coprocultura. Sem bacteriemia secundária. Identificada DM “de novo”. Excluída Infecção VIH.

Resposta clínica e analítica favoráveis, possibilitando alta hospitalar para conclusão de curso de antibioterapia em ambulatório.

Discussão do caso: A Infecção por Salmonella pode ter variadas manifestações. Nas suas manifestações mais catastróficas, poderá estar indicado investigar problema gastro-intestinal oculto ou imunossupressão grave. No presente caso, acreditamos que a imunossenescência, aliada ao diagnóstico de DM “de novo”, poderá justificar a gravidade do quadro.

8 Comunicações Livres

41º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia

1 HOSPITAL PROMOTOR DO ENVELHECIMENTO ATIVO E DA LONGEVIDADE

Autora: Diana Gonçalves, Diana Oliveira

● **Co-autores:** Pedro Ribeiro, Teresa Vaio, Luís Claro, Inês Gaspar, Sara Silva, Susana Lopes, Maria Alves

Instituição: Hospital Arcebispo João Crisóstomo

Introdução e objetivos: O Hospital Arcebispo João Crisóstomo (HAJC), serve uma população maioritariamente idosa. Estão a ser implementadas, de forma sistemática, intervenções baseadas em boas práticas dirigidas aos idosos, tanto no seio hospitalar, quanto na comunidade, que visam a melhoria da qualidade assistencial e a promoção da saúde dos cidadãos.

Metodologia: As boas práticas aplicadas são adaptadas da Metodologia 4M's da The John A. Hartford Foundation e do Institute for Healthcare Improvement e baseadas em quatro elementos base: Motivação (ajustar os cuidados prestados ao resultado esperado por cada doente); Medicação (adequar a medicação ao doente, seu estado e expectativas); Estado Mental (prevenir, identificar e tratar a demência, depressão e estados confusionais); Mobilidade (incentivar a mobilidade e a funcionalidade no idoso). Foram identificadas as necessidades dos utentes, avaliadas através de escalas, escuta ativa do doente e rede social de apoio e feedback da equipa de cuidados.

Resultados: A implementação destas ações permitiu: melhorar a interação social dos idosos internados por meio de intervenções de equipas multidisciplinares (intervenção psicossocial, animação sociocultural, etc.) e da promoção de visitas da família, virtuais e presenciais (no exterior, animais de companhia); promover adesão dos idosos às atividades terapêuticas, inovando na resposta (aulas de yoga, reabilitação no exterior, etc.); qualificar e capacitar equipas de atendimento a idosos; incorporar a valência de Geriatria no contexto hospitalar; alargar a realização de exames de diagnóstico em proximidade (com os CSP e IPSS); promover a reconciliação terapêutica em todos os doentes internados; garantir realização de visitas domiciliárias preparatórias da alta do doente internado; promover a proximidade e capacitação dos cuidadores informais (cursos gratuitos); utilização de normas de boas práticas clínicas para deteção e tratamento de alterações estado mental (apoio de psiquiatria), etc.

Discussão: Este projeto pretende criar e enraizar um modelo inovador, sistematizado na adaptação da prestação de cuidados aos mais velhos, gerando evidência que comprove que o seu impacto positivo não só no estado global de cada doente, como no impacto na comunidade. Este modelo é também promotor da integração de cuidados centrada no cidadão e em ganhos em saúde.

2 QUANDO A CAMA MAGOA - ÚLCERAS DE PRESSÃO EM DOENTES ACAMADOS

Autora: Alexandra Soares¹

● **Co-Autor:** Jorge Bruno Pereira¹; Róman Marquez de La Peña¹

Instituição: 1 - UCSP S. Miguel - ULS CASTELO BRANCO

Introdução: As úlceras de pressão (UP) são uma importante causa de morbilidade e mortalidade, prejudicando de forma significativa, não só a qualidade de vida dos doentes, mas também a dos seus cuidadores, para além de constituírem uma enorme sobrecarga económica para os serviços de saúde.

Pensa-se que, apesar da evolução significativa dos cuidados de saúde na nossa região, a prevalência de UP continua elevada, principalmente nos doentes acamados.

A identificação de indivíduos que correm o risco de desenvolver UP e o início das medidas preventivas são passos muito importantes para a redução deste tipo de incidentes.

Objetivos: - Identificação e sinalização dos doentes acamados, no nosso ficheiro, em risco de desenvolvimento de UP;

- Identificação e tratamento dos doentes com UP activa.

- Educação e capacitação dos cuidadores para a prevenção de UP.

Metodologia: Análise do processo clínico e/ou contacto telefónico quando o último contacto médico tenha ocorrido há mais de 6 meses.

Resultados: Identificaram-se 18 doentes acamados (3,72%): 13 doentes institucionalizados, 3 no domicílio com apoio do Centro de Dia e 2 no domicílio sob o cuidado de familiar/cuidador sem qualquer tipo de apoio externo. A incidência de UP entre os doentes acamados foi de 27,78%. As UP eram maioritariamente sacrococígeas (40%). Quanto ao seu estadiamento a maioria encontrava-se em estadio I e estadio II. A incidência de úlceras de pressão foi maior nos doentes acamados em regime de domicílio sob o cuidado exclusivo de familiar/cuidador o que parece reflectir o nível de preparação dos cuidadores para a identificação e prevenção deste tipo de lesões.

Discussão: É possível evitar a maioria das UP ao minimizar os factores de risco através de medidas preventivas como a avaliação formal dos riscos e a minimização de riscos específicos.

A educação das pessoas com risco de desenvolver UP e, principalmente, dos familiares/cuidadores no que diz respeito aos cuidados a ter para prevenção, identificação e tratamento precoce destas lesões é prioritária para reduzir não apenas o aparecimento de novos casos mas também a gravidade do quadro clínico.

3 HEMOGLOBINA GLICADA DENTRO DOS VALORES ALVO = DIABETES MELLITUS CONTROLADA...OU NÃO!

Autora: Yara Samira Silva Andrade, médica interna de formação específica em MGF na USF Carnide Quer

● **Instituição:** USF Carnide Quer

Enquadramento: O diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) é muito prevalente na população idosa e o seu controlo é avaliado através de determinações periódicas da hemoglobina glicada A1c (HbA1c). Trata-se de um indicador de grande utilidade clínica, refletindo a glicemia média nas últimas 8 a 12 semanas. Não fornece, contudo, nenhum dado sobre a variabilidade da glicemia. Esta informação é-nos dada pelos tempos acima, abaixo e no alvo terapêutico, obtidos através da monitorização contínua da glicemia, ainda pouco utilizada nos cuidados aos diabéticos tipo 2. Refira-se que indivíduos com a mesma hemoglobina glicada podem ter tempos acima, abaixo e no alvo terapêutico diferentes.

Descrição do caso: Descreve-se o caso de uma mulher de 84 anos, autónoma para as atividades de vida diária e com antecedentes de DM tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e doença renal crónica estadio 3^a. Encontra-se medicada com metformina/sitagliptina 1000mg/50 mg id, insulina glargina 57 unidades id, valsartan 160mg id e sinvastatina 20mg id. Em consulta de vigilância de diabetes, acompanhada pelo filho com quem vive, traz resultado de hemoglobina glicada de 6,7%, dentro do alvo terapêutico. Entretanto, ao se avaliar os registos do livro do diabético verifica-se

que, nos últimos 3 meses, a pesquisa de glicemia capilar e administração de insulina é feita de forma muito esporádica, a cada 3-10 dias, referindo a utente que estava cansada de se “picar”. Os valores registados variavam entre 90 e 293mg/dl de glicemia em jejum. Questionada sobre sintomas de hipoglicemia, a utente referia episódios de tonturas acompanhadas de tremor desde há 6 meses. Relatava ainda um episódio de queda 4 meses antes da consulta com consequente fratura da vértebra T11. Não se recordava do que esteve na sua base, pelo que não se excluiu episódio de tontura como sua causa. Admitindo-se HbA1C dentro dos valores alvo à custa de elevado tempo abaixo do alvo terapêutico, foi suspensa a insulino-terapia, intensificada a terapêutica com anti-diabéticos não hipoglicemiantes.

Discussão: O caso descrito alerta para a necessidade de uma análise cuidada do valor da HbA1c, que vai para além da verificação se o valor está dentro do alvo definido para o doente em questão. Por não ser avaliada nesta análise, sintomas e fatores de risco para hipoglicemia, complicação aguda mais frequente e potencialmente mais grave da DM, devem ser pesquisadas em todas as consultas de vigilância, independentemente do valor da hemoglobina glicada, com particular destaque para doentes idosos sob terapêutica hipoglicemiante e com insuficiência renal. O médico assistente do doente deve estar alerta para este facto e fazer as alterações necessárias para melhorar a segurança do esquema terapêutico.

4 ARTE-TERAPIA NO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO DA NARRATIVA DE MEMÓRIAS EM SÍNDROMES DEMENCIAIS

Autores: Maria do Rosário Basto¹, Odete Nombora¹, Luísa Santa-Marinha, Adriana Horta²

Instituição: Interna de Formação Específica de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, 2- Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução e Objetivos: As síndromes demenciais apresentam uma elevada e previsível crescente prevalência, representando um relevante problema de saúde pública com grande impacto na sociedade e nos convites. Quadros neuropsiquiátricos, como apatia, depressão, heteroagressividade, agitação psicomotora, sintomatologia psicótica, diminuição da qualidade do sono e desinibição sexual estão entre as maiores dificuldades experienciadas pelos cuidadores, associados a piores outcomes e aceleração da deterioração cognitiva. Da limitada eficácia e elevada frequência de efeitos secundários das intervenções farmacológicas, emerge a necessidade de serem estudadas outras estratégias para o controlo de alterações comportamentais nestas síndromes clínicas. As autoras pretendem investigar a pertinência do recurso a Arte-Terapia na melhor gestão de quadros neuropsiquiátricos em contexto de síndromes demenciais.

Metodologia: Revisão não sistemática da literatura sobre o tópico, através de pesquisa na base de dados PubMed, usando os termos “art therapy” and “behavioral neurology; “neuropsychiatric symptoms” and “dementia”.

Resultados: A Arte-Terapia surge da fusão entre a psicoterapia com vertente psicodinâmica e a arte, destacando-se como um método terapêutico para o desenvolvimento pessoal, que faz uso e integra diversos mediadores artísticos. Evidências sugerem que a terapia baseada na arte pode diminuir a severidade de sintomas neuropsiquiátricos em quadros demenciais, com impacto na preservação de capacidades intelectuais. Parece existir uma facilitação da expressão emocional e reorganização de conteúdos internos em doentes que têm dificuldade em comunicar verbalmente, proporcionando-se também um estado de maior fluidez do pensamento, que está associado com uma sensação de bem-estar, quantificada através de questionários que avaliam a qualidade de vida. Poderá ser utilizado qualquer domínio artístico, contudo parece haver melhores resultados com intervenções ligadas às manualidades, como a pintura, pela sua natureza visuo-espacial que estimula a criação de representações gráficas mentais e do próprio pensamento abstracto.

Discussão: A exiguidade de estudos sobre o tema dificulta a análise de resultados, consistindo num viés para a inferência de conclusões. São necessários estudos sistemáticos para esclarecer o impacto da Arte-Terapia como intervenção modificadora de prognóstico. Contudo, parecem surgir resultados positivos relacionados com a percepção e identificação do próprio sistema simbólico do indivíduo representado no processo criativo, neste contexto de síndromes demenciais.

5 O SUICÍDIO NO IDOSO: UMA REVISÃO DOS FATORES DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS EM CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

Autores: Odete Nombora¹, Luísa Santa Marinha¹, Pedro Horta¹, Ângela Venâncio¹

Instituição: Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do C. Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho.

Introdução e objetivos: O suicídio no idoso representa uma problemática sensível e multifatorial, envolvendo aspetos relacionados com o género, idade, contexto sociocultural, e, e fatores de stress vivencial como a atual crise pandémica SARS-CoV2. Portanto, é crucial perceber este fenómeno nesta população e promover estratégias preventivas. Atendendo a essa necessidade, pretendemos fazer uma revisão sobre as características do suicídio no idoso,

descrever os fatores de risco, assim como as principais estratégias preventivas, com maior enfoque no contexto pandémico e pós-pandémico.

Metodologia: Revisão narrativa da literatura sobre o tópico, na base de dados PubMed/Medline, usando os termos MeSH: “suicide elderly”, “suicide older adults”, “COVID-19”.

Resultados: É consensual, nos estudos analisados, que a pandemia COVID-19 contribui para o suicídio do idoso de várias formas, mas principalmente através do aumento de fatores de risco, ao condicionar maior isolamento e vulnerabilidade, perda de oportunidades sociais usuais, bem como maior risco de desenvolver ou agravar doença mental preexistente, assim como cria barreiras para o acesso ao tratamento. Vários autores são da opinião que as melhorias nos determinantes sociais da saúde e a deteção e tratamento precoce de doença mental são intervenções essenciais. Estudos apontam a necessidade de criar estratégias preventivas com enfoque na melhoria de condições socioambientais, com medidas individuais, comunitárias e a continuidade do acesso aos cuidados de saúde. A divulgação acessível de informações precisas, promoção da autoajuda e de estratégias positivas de coping, a redução do isolamento por meio da tecnologia e o uso da telemedicina, são algumas das estratégias mais recomendadas. Alguns estudos abordam a necessidade de programas comunitários que promovam o sentido de utilidade, pertença e contribuam para a preservação da integração social.

Discussão: É necessário focar no bem-estar e saúde mental do idoso. A prevenção do suicídio nesta população merece maior atenção e uma gestão multidisciplinar colaborativa envolvendo familiares, comunidade e serviços de saúde primários e especializados será essencial no período pós-COVID-19. É crucial encontrar identificar os fatores de risco e promover métodos inovadores para lidar com questões sociais, o isolamento e a solidão entre os idosos, assim como melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde.

6 ABORDAGEM DA DOR CRÓNICA NO IDOSO

Autores: Margarida A. de Magalhães¹, Leonor Silva Jorge¹, Rita Azevedo¹, Inês Mendes¹, Joana Ortiz¹, Luís Oliveira Soares²

Instituição: 1- Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar; 2 - Assistente Graduado em Medicina Geral e Familiar.

Instituição: USF do Parque - ACeS Lisboa Norte.

Introdução: Estima-se que a dor crónica afete cerca de 50% dos indivíduos com idade superior a 65 anos. As etiologias podem ser múltiplas, sendo as mais comuns as músculo-esqueléticas. Associa-se a significativa morbilidade, diminuição da capacidade funcional, alterações do sono,

depressão, isolamento social, bem como aumento dos custos em saúde. Não obstante a criação de programas e a sensibilização dos profissionais de saúde, a dor crónica em idosos continua a ser, frequentemente, subtratada.

Objetivos: Rever e sistematizar o estado da arte na abordagem farmacológica e não farmacológica da dor crónica no idoso, tendo em conta as comorbilidades inerentes ao processo de envelhecimento e que a dor, quando não tratada de forma eficaz, se associa a deterioração do estado funcional e diminuição da qualidade de vida.

Metodologia: Revisão da literatura na base de dados Pubmed e Cochrane Library, selecionando-se publicações em língua inglesa posteriores a 2010. Foram ainda incluídas recomendações nacionais e internacionais consideradas de interesse nesta temática.

Resultados: A prescrição de agentes farmacológicos na dor em idosos (analgésicos, anti-inflamatórios, opióides e terapêuticas adjuvantes) deve ter em consideração alterações da farmacocinética e farmacodinâmica inerentes ao processo de envelhecimento, bem como janelas terapêuticas mais estreitas e maior risco de reações adversas. Dado menor efeito sistémico e o seu perfil de segurança, as técnicas de intervenção podem ter um papel relevante.

O envelhecimento condiciona alterações em múltiplos órgãos e sistemas, traduzindo-se na diminuição da capacidade funcional. As técnicas utilizadas no âmbito da medicina física e reabilitação podem assumir um papel importante no controlo algico, bem como restabelecer ou melhorar a autonomia e a funcionalidade.

A prática de atividade física deve ser recomendada na dor crónica, numa base individualizada. Apesar de frequentemente subutilizada, existe evidência de intervenções baseadas em exercício físico na melhoria da intensidade da dor, bem como capacidade física, sintomas depressivos e qualidade de vida.

Dado o carácter multidimensional da dor e as suas vertentes física, psicológica e emocional, recomenda-se a inclusão de intervenções psicológicas/comportamentais.

Discussão: A dor crónica no idoso é, frequentemente, multifactorial, multifocal e de intensidade moderada a intensa. Tendo em conta a complexidade na gestão da dor crónica nestes indivíduos, a *leges artis* recomenda uma abordagem multidisciplinar, incluindo medidas farmacológicas e não farmacológicas, de forma a otimizar o controlo algico, maximizar a qualidade de vida e minimizar o risco de iatrogenia.

Palavras-chave: dor crónica, idoso, abordagem multidisciplinar, exercício, reabilitação.

AGENDA

World Congress on osteoporosis, osteoarthritis and musculoskeletal diseases

Berlin

24 - 27 março, 2022

Reunião Nacional da Sociedade Espanhola de Medicina Geriátrica (SEMEG)

Albacete

31 março - 2 abril, 2022

22nd International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) World Congress

Buenos Aires

20 - 24 junho 2022