



REVISTA DA

SPGG

Sociedade Portuguesa
de Geriatria e Gerontologia

N.1 | MAIO | 2022 | Revista oficial SPGG

AS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS

..... PÁG. 21

**Abordagem da
disfunção erétil
no idoso pelo
médico de família**

..... PÁG. 12

**Exercício físico no
envelhecimento:
Evidência e
diretrizes práticas**

..... PÁG. 26

**SÍNCOPE:
O que é diferente no
doente idoso**

PÁG. 05

**EDITORIAL:
Mário Pereira Pinto**

PÁG. 04

DESCARREGUE AQUI



Nova app. Toda a informação sobre Saúde na palma da sua mão

Faça já o download da nossa app

SAÚDE  **ONLINE**

Com o apoio:



Tenha acesso a:

- Atualidade noticiosa
- Entrevistas e artigos de opinião
- Agenda de eventos
- Mais recente evidência científica



SUMÁRIO

FILIPE FROES E CARLOS RABAÇAL

Vacinação contra a gripe

PÁG. 30

41º CONGRESSO PORTUGUÊS DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Prémio Comunicação Livre

PÁG. 34

41º CONGRESSO PORTUGUÊS DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Prémio Póster

PÁG. 35

MIGUEL MELO

Abordagem da pessoa idosa nos
Cuidados de Saúde Primários

PÁG. 10

AGENDA

XXII Congreso Mundial
de Gerontología y
Geriatría - IAGG 2022

PÁG. 40

REVISTA SPGG

Critérios de submissão de artigos

PÁG. 41



Propriedade

Sociedade Portuguesa
de Geriatria e Gerontologia

Diretor

Manuel Carrageta

Editor

Mário Pereira Pinto

Editores-adjuntos

Alvaro Ferreira da Silva
Lara Guedes de Pinho
José Augusto Simões
Stella Bettencourt da Camara

Redação

Cláudia Brito Marques
cmarques@saudeonline.pt

Tiago Caiiro

tcaiiro@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:
Maria 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

Estimados autores e leitores:

A Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG) pretende afirmar-se como um espaço privilegiado de natureza eminentemente científica, de reflexão e investigação na área da Geriatria e Gerontologia em Portugal. O nosso principal objetivo é vir a ser uma comunidade científica aglutinadora dos investigadores, criando também espaço à formação pós-graduada de profissionais ligados à saúde e de melhoria da literacia da população.

Queremos que seja uma instituição que estimule a investigação e a formação, que a facilite, a dissemine, que a promova e principalmente a divulgue. Com esta missão, a SPGG criou a Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia cujo objetivo é divulgar a inovação e a investigação nesta área da saúde, feita por investigadores portugueses e estrangeiros, privilegiando os que se expressem na nossa língua-mãe como são o caso dos PALOP e os brasileiros.

Para atingir esses desígnios académicos e sociais, apresentamos a nossa Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.

A Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPGG) é o Órgão de Expressão da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, de periodicidade trimestral, onde podem ser publicados artigos originais que cumpram o regulamento já existente e após serem avaliados na forma e no conteúdo por revisores convidados nacionais e internacionais, critérios que qualificam a revista, quer pelos autores, quer pelos leitores.

E, neste tempo de fácil acesso à informação, de consumo de informação sem evidência científica e de *fake news*, torna-se necessário a divulgação da ciência de entendimento social que ajude a um 'reencantamento' das políticas de saúde e das práticas profissionais ligados às pessoas idosas. Só assim poderão assegurar o direito à universalidade e à dignidade da condição humana do acesso aos cuidados de saúde centrado no cidadão e também o direito de todos à literacia, ao saber, na sua diversidade e unidade.

O trabalho científico em Geriatria e Gerontologia é de elevada complexidade, como noutros campos do conhecimento igualmente complexos e holísticos,



Mário Pereira Pinto

pelo que terá que ser sempre um trabalho coletivo de equipas transdisciplinares.

A revista será assim um veículo de desenvolvimento da comunidade em geral e científica que, com as suas características distintas, leve o conhecimento mais recente e mais avançado aos cidadãos e aos profissionais.

No seu conteúdo editorial avançado, iremos encontrar um veículo de inovação que permita, assim o esperamos, torná-la mais interessante, apelativa quando comparada com as suas congéneres e assim alargar a sua projeção não só académica como também social, como pretendemos.

Pretendemos também que a revista possa publicar textos originais onde a investigação, a formação e a profissionalização em Geriatria e Gerontologia sejam alvo de reflexão.

A revista será ainda disponibilizada em acesso livre (*open access*) no formato eletrónico, com a identificação do Orcid de todos os autores, contribuindo ativamente para o conceito de Ciência Aberta (CA), e publicará, artigos em vários idiomas promovendo, diretamente, a internacionalização de trabalhos. As categorias aceites para publicação são: artigos originais, de opinião, revisões, relatos, atualizações, cartas ao editor e comunicações breves. Vamos

usar a avaliação duplamente cega por pares (*double blind review*), um sistema informatizado para identificação de plágio. Vamos adotar as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (CMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE) e Equator Network ou outros guias recomendados.

No que diz respeito a transformações da forma e conteúdo até aqui abordadas, fazem parte da nossa estratégia editorial para os próximos anos, seguros que iremos usar as melhores táticas de crescimento e de resposta aos problemas que venham a ser diagnosticados.

Assim, alargámos e vamos internacionalizar o corpo editorial da revista e estabilizámos, tanto o número de revistas por ano, como o processo de revisão dos artigos, com recurso a avaliadores externos e cujo trabalho de revisão passa a ser reconhecido publicamente no site da revista.

Com este objetivo, estamos a criar laços de amizade e de parceria com as revistas nossas congéneres da Europa, das Américas, de África e dos países de expressão portuguesa, e vamos eleger os melhores *stakeholders* académicos e sociais relacionados com o envelhecimento populacional e com as doenças do envelhecimento.

Em termos de comunicação e divulgação, teremos um novo site a ser lançado e ainda em construção que vai servir as pretensões de todos os autores e leitores, de registo dos seus trabalhos e com conteúdos alargados e disponibilizados integralmente em português e inglês.

Finalmente, procedemos à elaboração da Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPGG) no que diz respeito ao grafismo, paginação, formatação e edição dos textos e números da revista. São estas alterações que irão, ao longo dos próximos anos, possibilitar a inclusão da revista em bases de dados internacionais e a indexação da mesma, processo a iniciar muito brevemente, e que será continuado ao longo dos próximos anos.

Até breve.

o Editor,
Mário Pereira Pinto

SÍNCOPE: O QUE É DIFERENTE NO DOENTE IDOSO

Manuel Carrageta
Presidente da SPGG

Introdução

Uma das maiores conquistas do século XX, e primeiras décadas deste século, foi o enorme aumento da esperança de vida da população mundial. Por isso, os profissionais de saúde são hoje crescentemente confrontados com um número cada vez mais elevado de doentes idosos.

A síncope é um problema comum, que consiste numa perda transitória de consciência causada por hipoperfusão cerebral. Caracteriza-se por uma perda súbita da consciência e do tônus postural, a que se segue uma recuperação rápida e espontânea. O termo síncope não inclui as convulsões, o coma, o estado de choque ou outras alterações do estado de consciência.^{1,2}

No doente idoso a síncope é uma importante causa de morbidade e mortalidade com elevados custos pessoais e económicos. Por outro lado, o diagnóstico etiológico é mais difícil

devido a apresentações atípicas, aos sintomas prodrômicos serem muitas vezes mínimos ou ausentes, o doente idoso ter com frequência amnesia da perda de conhecimento e muitas vezes não estar acompanhado, o que limita o conhecimento total das circunstâncias do evento. A síncope é uma causa importante de quedas no doente idoso, pelo que é aconselhável, considerar sempre esta etiologia no respetivo diagnóstico diferencial.

Embora a abordagem da síncope no doente idoso tenha aspetos semelhantes à dos doentes mais jovens, a presença de reservas funcionais reduzidas, associadas à presença de múltiplas comorbilidades, pode tornar a aplicação das recomendações das chamadas sociedades científicas "de órgão", algo limitadas. Em muitos destes doentes é de enorme utilidade assegurar que as decisões médicas sejam baseadas numa avaliação geriátrica global.^{3,4}

Epidemiologia e Patofisiologia

A síncope ocorre em consequência de uma baixa global de perfusão cerebral. O funcionamento do parênquima cerebral depende de um fluxo sanguíneo adequado que forneça, sem descontinuidade, glucose, sob a forma de fosfatos de alta energia, o seu substrato metabólico primário. O tecido cerebral não armazena energia, ao contrário do que ocorre com os outros tecidos do organismo, pelo que, uma cessação da perfusão cerebral com uma duração de apenas 6-8 segundos pode provocar síncope.

A síncope é um problema comum, que pode ocorrer em todas as idades, mas que se torna mais frequente à medida que o envelhecimento avança, atinge mais o sexo feminino, afetando cerca de 6% das pessoas com mais de 75 anos de idade. Cerca de 10% das quedas são devidas a síncope, que podem causar fraturas e acidentes graves em 6% dos doentes e lesões ligeiras noutros 30%. São uma causa importante de idas à Urgência e de internamento hospitalar.^{5,6}

A postura ortostática provoca fisiologicamente, mesmo nos indivíduos saudáveis, em apenas uma questão de segundos, uma acumulação de sangue nos vasos esplâncnicos e dos membros inferiores da ordem dos 500-700 ml. Ao fim de meia hora seguida, na posição ortostática, devido à pressão hidrostática, verifica-se uma perda adicional de volume semelhante

de plasma, através dos capilares da metade inferior do corpo, levando estas duas deslocações de fluido a perdas de cerca de 35% do volume central de sangue.

O aumento da suscetibilidade à síncope com o avançar da idade é devido a perturbações fisiológicas na regulação da pressão arterial e da frequência cardíaca, do fluxo cerebral e do sistema neuro-humoral, associadas ao envelhecimento. A diminuição da função dos baroreceptores e do sistema autonómico, assim como a menor capacidade para reter a água e o sódio, aumentam o risco de síncope nos idosos. As comorbilidades e a polimedicação habituais nos idosos, ainda favorecem mais a ocorrência de síncope. Além disso, a patologia cardíaca aumenta com a idade.^{7,8}

Como já referimos, no doente idoso a síncope é uma causa importante de morbidade e mortalidade, com elevados custos pessoais e económicos associados. Estudos de qualidade de vida mostram que a síncope induz uma disfunção funcional semelhante à de doenças crónicas como a epilepsia ou a artrite reumatoide.

No diagnóstico diferencial da síncope devemos considerar, como mais frequentes, a epilepsia, as quedas, a hipoglicemia, os acidentes isquémicos cerebrais transitórios e a concussão. Para excluir a ocorrência de convulsão, o doente deve ser

questionado se depois de recuperar do evento, ficou confuso, ou se mordeu a língua, teve espuma na boca ou incontinência. O melhor indicador discriminativo entre síncope e convulsão

é a confusão mental pós-evento, sugerindo a sua ocorrência, claramente o diagnóstico de ataque epilético.^{8,9}

Classificação e avaliação

As causas da síncope podem ser classificadas em três categorias: síncope reflexa, síncope por hipotensão ortostática (postural) e síncope cardíaca. Uma das primeiras e mais importantes questões a esclarecer no doente com síncope, é decidir se é necessário investigar o doente do ponto de vista cardíaco, devido ao risco elevado de morte associado a esta patologia.^{1,2,10,11}

A avaliação inicial do doente idoso deve incluir uma história detalhada, o exame físico, medição da pressão arterial ortostática, massagem do seio carotídeo, análises clínicas de rotina e eletrocardiograma. A história deve tentar obter os '3 Ps' (provocadores, pródrômico, postura), assim como as circunstâncias que levaram ao evento, descrição e duração do mesmo, detalhes da recuperação e informação da medicação, e, se existir, o relato de uma testemunha.^{4,6}

A resposta tensional normal da pressão arterial e da frequência cardíaca à ortostasia consiste numa descida ligeira da pressão arterial sistólica, uma subida ligeira da pressão diastólica e um aumento também ligeiro da frequência cardíaca.

Alterações ortostáticas, arbitrariamente definidas como, uma descida da TA sistólica igual ou superior a 20 mmHg, uma descida da TA diastólica igual ou superior a 10 mmHg ou uma TA sistólica menor que 90 mm/Hg, acompanhada por um aumento da frequência cardíaca de 20 ou mais bpm, associadas ao aparecimento de sintomas que sugiram hipotensão ortostática (postural), apontam para um risco aumentado de síncope.

Numa situação clínica em que haja limitação de tempo, a pressão arterial poderá ser medida na posição sentada, em vez de como é ideal na posição deitada, e depois um e três minutos após assumir a posição de pé.

A síncope que ocorre após prolongada imobilidade na posição de pé, precedida por prodromos gastrointestinais (náuseas, vômitos), tonturas, diaforese e palidez, associada a estímulos emocionais ou dolorosos, sugere o diagnóstico de síncope vasovagal. Já a síncope que ocorre pouco tempo depois do doente se colocar na posição de pé aponta mais para o diagnóstico de síncope ortostática (postural). Se a síncope se associa a movimentos do pescoço deve fazer suspeitar de hipersensibilidade do seio carotídeo. Uma crise sincopal precedida de dor precordial ou palpitações sugere causa cardíaca ou até de tromboembolismo pulmonar. Uma síncope de início súbito sem prodromos (<5 segundos) deve também fazer suspeitar de causa cardíaca e ser investigada como tal. Caso não se identifique uma causa cardíaca, não se pode excluir uma causa vasovagal porque nos doentes idosos muitas vezes a crise vasovagal não tem prodromos. Uma síncope que ocorra na posição deitada ou sentada sugere uma perturbação hemodinâmica profunda e deve levantar a suspeita de uma arritmia grave. Um terço dos casos de síncope no

idoso é causado por doença cardiovascular.^{8,11,12}

O eletrocardiograma deve ser realizado em todos os doentes com síncope. As alterações eventualmente detetadas no ECG permitem orientar para a realização de exames cardiovasculares mais avançados. O ECG pode dar-nos o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio ou evidenciar a presença de doenças disrítmicas, como a síndrome de Wolf-Parkinson-White, a síndrome de Brugada, a síndrome do QT longo, fibrilhação auricular ou bloqueio auriculoventricular avançado. Um ECG normal associa-se a um prognóstico mais favorável.^{1,2}

Os exames neurológicos tendem a ser realizados em excesso, nomeadamente o EEG, a TAC e a MRI CE e o Doppler Carotídeo. Estes exames só estão indicados se a história ou o exame físico sugerirem uma causa neurológica, ter havido um traumatismo craniano ou todos os outros exames já realizados forem inconclusivos.^{1,2}

O nível de glicemia deve ser medido pelo método rápido da picada no dedo em todos os doentes com suspeita de síncope. A hipoglicemia pode causar um quadro clínico semelhante ao da síncope, incluindo os sintomas prodrômicos, a ausência de memória do evento e a recuperação espontânea da consciência.

A síncope reflexa pode ser de causa vasovagal, situacional ou devida a doença do seio carotídeo.

A síncope vasovagal (SVV) deve-se a reflexos vasodepressores que reduzem as resistências vasculares periféricas, com imediata baixa da pressão arterial, ocorrendo habitualmente quando o indivíduo se coloca na posição de pé, situação que fisiologicamente provoca, mesmo nos indivíduos saudáveis, como já referimos, uma acumulação de sangue nos vasos esplâncnicos e dos membros inferiores. A síncope vasovagal é a causa mais frequente de síncope nos adultos jovens, embora ocorra um aumento a partir dos 70 anos. É igualmente a causa mais frequente de síncope no doente idoso, sendo responsável por cerca de 30 a 50% dos casos e pode não ter um prognóstico tão benigno como no doente jovem, em parte devido às comorbilidades associadas. Várias circunstâncias podem desencadear a síncope vasovagal, incluindo o estar de pé imóvel durante muito tempo, especialmente quando em ambientes com temperaturas elevadas, espaços fechados, grandes ajuntamentos de pessoas, dor (por exemplo, a picada de uma agulha), longo jejum, desidratação, fadiga, privação de sono, etc. Nos doentes idosos os fatores desencadeantes mais importantes são a medicação vasodilatadora e a assunção da postura ortostática por períodos prolongados.

Os sintomas autonómicos prodrômicos, no doente idoso, com frequência podem não existir ou terem muito curta duração, enquanto nos adultos mais jovens as náuseas, a diaforese, a baixa da visão e as tonturas precedem classicamente a síncope por alguns minutos. No seu conjunto,

como já referimos, o estudo da síncope nos doentes idosos é mais desafiador do que nos jovens, nomeadamente porque a causa é muitas vezes múltipla, o quadro prodrômico clássico característico da SVV pode ser de muito curta duração ou estar mesmo ausente. Nos idosos a SVV, a hipotensão ortostática e a doença do seio carotídeo coexistem com frequência.

A síncope situacional é essencialmente uma síncope vasovagal causada e reproduzível por um fator precipitante. A micção, a defecação, a deglutição, a tosse, o riso podem ser fatores precipitantes da síncope situacional. Estes fatores desencadeiam reflexos autonómicos que causam uma resposta vasodepressora, que pode levar a hipoperfusão cerebral transitória. Esta síncope, embora não tenha risco aumentado de morte, pode causar morbidade significativa por queda ou acidente.

Na síncope por hipersensibilidade do seio carotídeo há uma resposta exagerada à estimulação dos baroreceptores do seio carotídeo. Apesar da função dos baroreceptores diminuir com a idade, alguns indivíduos desenvolvem hipersensibilidade dos baroreceptores carotídeos. Nestes doentes, mesmo uma leve estimulação do pescoço pode provocar uma marcada bradicardia e descida da pressão arterial. É uma causa potencialmente tratável de quedas inexplicadas em doentes idosos, que é muitas vezes esquecida no diagnóstico diferencial da síncope. A massagem do seio carotídeo é importante para excluir a doença do seio carotídeo. O doente deve estar em decúbito e a massagem deve ser feita longitudinalmente, no ponto de maior intensidade da pulsação carotídea, de um lado de cada vez, embora se obtenha mais respostas do lado direito. A duração deve ser de 5 a 10 segundos. Estes doentes têm com alguma frequência défice cognitivo associado.

A síncope ortostática ou postural é causada por uma descida súbita da pressão arterial devido a uma mudança, sobretudo se for rápida, da posição deitada ou sentada para a de pé. A incidência de síncope ortostática aumenta exponencialmente com a idade, afetando mais os doentes institucionalizados, nomeadamente os que vivem em lares. É a segunda causa mais frequente de síncope, mas a mais frequente nos muito idosos. Os doentes com este tipo de patologia têm alterações da pressão arterial, com descidas de pelo menos 20 mmHg da sistólica e pelo menos de 10 mmHg da diastólica, assim como aumento da frequência cardíaca, quando passam da posição deitada à posição de pé. Na essência são doentes com uma perturbação da homeostasia da pressão arterial e da frequência cardíaca, que se torna mais frequente nas idades mais avançadas.

Na hipotensão ortostática de causa neurogénica esta descida da pressão arterial, devida a deficiente libertação de noradrenalina, caracteristicamente não se acompanha de um aumento compensatório da frequência cardíaca.

A síncope ortostática pode ocorrer através de vários mecanismos. A falência autonómica é frequente nas doenças neurodegenerativas (doença de Parkinson, demência) e nos doentes com neuropatias secundárias a doenças como a diabetes, insuficiência renal e o alcoolismo crónico. Vários fármacos como os vasodilatadores, diuréticos, psicotrópicos (antidepressivos e neurolépticos), assim como os dopaminérgicos (levodopa, ropinirol, etc) podem bloquear

os reflexos autonómicos ortostáticos e aumentar o risco de quedas. Devemos ter presente que também os inibidores da acetilcolinesterase se associam a risco significativo de bradicardia e de síncope. Este risco pode, nalguns doentes, ser superior aos benefícios desta terapêutica.¹³⁻¹⁵

A depleção de volume devida a desidratação, hemorragia, vômitos, diarreia e diuréticos também pode causar síncope ortostática. Mesmo infeções relativamente benignas, tais como, uma infeção urinária pode potenciar uma síncope. A prevalência da hipotensão ortostática, como já referimos, aumenta com a idade devido à resposta dos baroreceptores se tornar cada vez mais lenta e menos eficaz. Não devemos esquecer que cerca de metade dos casos que ocorrem nos idosos estão associados à habitual polimedicação, pelo que a medida preventiva inicial deve passar pela eventual redução ou suspensão dos fármacos suspeitos (responsáveis por cerca de 40 % dos casos).

A síncope pós-prandial que ocorre dentro da primeira hora após a refeição tem um mecanismo semelhante ao da síncope ortostática. A digestão leva a vasodilatação periférica, a acumulação de sangue na região esplâncnica e a descida da pressão arterial. Um fenómeno idêntico ocorre, por exemplo, com o há muito tempo conhecido agravamento da angina de peito após uma refeição pesada. As medidas preventivas da síncope pós-prandial compreendem refeições pequenas, não demasiado quentes, sem álcool, sobretudo pobres em hidratos de carbono simples e ricas em proteínas e hidratos de carbono complexos.^{16,17}

A síncope cardíaca associa-se a um risco aumentado de morte, ao contrário da síncope não-cardíaca que tem um bom prognóstico. Mas mesmo nestes casos é importante ter presente que a síncope pode causar morbidade e incapacidade significativa devido às quedas e acidentes. Quando a crise surge com o doente sentado ou deitado, isso significa que ocorreu uma profunda perturbação hemodinâmica, fazendo suspeitar de uma causa arritmica. Quando a síncope acontece durante o esforço, deve levantar a suspeita de causa isquémica ou estenose aórtica. No entanto, cerca de metade dos casos de síncope nos doentes com doença cardíaca pode ter uma causa não cardíaca. A síncope cardíaca tem como causa perturbações do ritmo ou alterações estruturais. O diagnóstico mais rigoroso de causa arritmica estabelece-se através da correlação dos sintomas com alterações do ritmo.

O ECG de Holter pode confirmar ou infirmar a causa da síncope, se o doente tiver sintomas pré-sincopais ou sincopais durante o registo. Infelizmente, a ocorrência de sintomas durante o registo é, em muitos doentes, pouco frequente, particularmente nos doentes em que a história, o exame físico e o ECG são inconclusivos. A identificação de alterações no ECG de Holter, como uma assistolia superior a 3 segundos, fibrilhação auricular rápida, taquicardia supraventricular rápida ou taquicardia ventricular, concomitantes com a síncope estabelecem o diagnóstico. Nos doentes em que se documenta a presença de bloqueio auriculoventricular avançado associado a sintomas, está indicada a implantação de *pacemaker*, assim como nos doentes com doença do nodo sinusal. Antes de se colocar a indicação para *pacemaker* deve-se suspender, se possível, toda a terapêutica que o doente esteja eventualmente a tomar, que provoque bradicardia ou lentificação

da condução auriculoventricular ou intraventricular. Nos doentes com taquicardia supraventricular, a ablação tem grande sucesso e pequeno risco de complicações.

A monitorização pelo método de Holter só está indicada se o doente tiver episódios frequentes que permitam detetar episódios no período limitado de registo. Se após uma avaliação inicial inconclusiva, haja suspeita de causa arritmica, pode-se recorrer ao Registador de Ansa Implantável (*Loop recorder*), que permite detetar eventos menos frequentes.

A ecocardiografia deve ser realizada em todos os doentes com suspeita de síncope de causa estrutural, cuja prevalência aumenta com a idade, permitindo nomeadamente a identificação de estenose aórtica, de miocardiopatia hipertrófica, etc. e avaliar a função ventricular. A estenose aórtica, quando indicado, deve ser corrigida por via percutânea ou cirurgicamente, enquanto a miocardiopatia hipertrófica com síncope tem frequentemente indicação para implantação de cardioversor desfibrilhador.^{1,2}

O Teste de Tilt (ou teste da inclinação) é uma forma de stress ortostático que simula a posição de estar de pé durante um período prolongado, mas provoca uma sobrecarga maior, porque o doente fica privado da bomba muscular, que existe normalmente na posição de pé. A posição a 60-70° remove o efeito de “bomba” muscular dos membros inferiores, pelo que a perfusão cerebral depende apenas do equilíbrio dos sistemas simpático e parassimpático do sistema nervoso autónomo. A acumulação de sangue na parte inferior do corpo pode nos indivíduos suscetíveis desencadear uma crise sincopal mediada por mecanismos neurogénicos ou confirmar a existência de hipotensão postural. O teste de Tilt é bem tolerado no doente idoso e pode estar indicado nos doentes com suspeita de síncope de etiologia reflexa ou ortostática e também de causa

desconhecida, desde que não haja suspeita de causa cardíaca. O teste de tilt é positivo quando induz reflexamente hipotensão/bradicardia com reprodução dos sintomas da hipotensão ortostática. As respostas ao Teste de Tilt têm tendência para ser diferentes em função da idade. No idoso tende a provocar sintomas de vasodilatação sem alterações significativas da frequência cardíaca. Nos jovens (< 35 anos) tende a desencadear respostas cardioinibitórias caracterizadas por grande bradicardia e assistolia. Os diferentes padrões etários sugerem que, distintos mecanismos para a síncope neurogénica, predominam em idades diferentes. É um exame relativamente pouco acessível no nosso País.^{1,2,14,15}

Os estudos eletrofisiológicos (EEF) diminuíram de importância como teste diagnóstico devido ao desenvolvimento dos métodos de monitorização não invasiva do ritmo cardíaco. No entanto, ainda são úteis em algumas situações específicas, nomeadamente ao permitirem na mesma sessão, tanto o diagnóstico como o tratamento (por exemplo, a ablação do foco de taquicardia supraventricular). Não estão recomendados nos doentes com ECG normal ou sem história de doença cardíaca ou sintomas de palpitações.^{1,2}

Monitorização da Pressão Arterial Ambulatória

Este exame permite detetar facilmente descidas tensionais excessivas causadas, por exemplo, pela toma da medicação, pelo ortostatismo, após esforço, no pós-prandial ou no decurso de algumas atividades. Pelo contrário, pode identificar situações de hipertensão arterial supina. A alteração do horário da medicação ou das refeições, da sua quantidade ou conteúdo, pode melhorar os padrões tensionais nos períodos mais críticos.

Tratamento

O tratamento da síncope depende essencialmente da causa ou do fator precipitante.

Na síncope reflexa vasovagal deve-se começar por informar o doente da natureza benigna, quanto à morte, desta patologia. O tratamento inclui o aconselhamento de ingestão líquida adequada para evitar a desidratação, aumento do consumo de sal e de medidas físicas contrárias à hipotensão, como o uso de meias de compressão, elevação da cabeceira da cama e ingestão de água gelada, caso surjam sintomas sugestivos de hipotensão. Deve-se também suspender os eventuais fármacos que favoreçam a hipotensão.^{1,2}

O midodrine, um agonista alfa 1, com atividade vasopressora, que atua nos recetores da circulação arterial e venosa, tem alguma eficácia e é bem tolerado pelos doentes idosos, na dose de 2,5 mg duas a três vezes por dia. Deve-se evitar a sua administração antes do deitar, pelo risco de hipertensão supina. O seu emprego pode ter algum risco nos doentes com hipertrofia benigna da próstata sintomática ou com doença coronária. Outro fármaco que já foi muito utilizado é a fludrocortisona, um mineralocorticoide que estimula a reabsorção de sódio pelo rim, levando a expansão do volume intravascular. Infelizmente já há alguns

anos que não está disponível em Portugal. Alguns estudos obtiveram resultados satisfatórios com o uso da desmopressina, um análogo da vasopressina que reduz a diurese e promove expansão de volume.

Na síncope reflexa situacional o doente deve ser esclarecido das circunstâncias que aumentam o risco de eventos, para os poder evitar, na medida do possível, e aprender a reconhecer os sintomas de aviso para tomar imediatamente as contramedidas mais apropriadas (sentar-se, deitar-se, cruzar as pernas, apertar as mãos, etc.).

Na síncope reflexa do seio carotídeo, patologia praticamente exclusiva dos doentes idosos, o doente deve ser aconselhado a não usar camisas com o colarinho apertado, optar pelo uso de lâmina de barbear em vez de máquina elétrica. Caso o problema persista, alguns destes doentes, nomeadamente os que manifestarem reações cardio-inibitórias da frequência cardíaca, beneficiam da implantação de um *pacemaker*.

A prevenção da síncope ortostática assenta essencialmente na educação do doente relativamente à adoção de medidas comportamentais e físicas que subam a pressão arterial e reduzam a acumulação de sangue na metade inferior do corpo e deste modo aumentem o débito cere-

bral. Este deve evitar refeições muito pesadas, dormir de cabeça um pouco elevada (o que reduz a diurese noturna), levantar-se lentamente da cama, para prevenir descidas bruscas da pressão arterial, evitar tomar banho com água muito quente. As refeições devem ser pequenas e frequentes, com um pouco mais de sal, beber mais líquidos e evitar o álcool.

Uma das primeiras medidas deve ser rever a medicação que o doente está a fazer e suspender eventuais fármacos que causem hipotensão.

A família deve ser instruída no sentido de, em caso de crise, deitar o doente e elevar os membros inferiores. O recurso a medidas que subam a pressão arterial, como o uso de meias de compressão até às coxas, cinta abdominal, cruzar as pernas, fechar as mãos com força, etc. Pode ser também recomendada a ingestão rápida de um copo de água fria. De todas as medidas não farmacológicas, a cinta abdominal parece ser a de mais fácil aplicação e maior eficácia.⁹

Nos doentes com risco elevado de síncope pós-prandial a administração de midrodrina cerca de meia hora antes da refeição costuma ser uma medida eficaz e bem tolerada.

^{16,17}

A situação clínica especial dos doentes com hipertensão arterial supina e hipotensão ortostática combinadas de etiologia geralmente neurogénica, levanta decisões tera-

pêuticas difíceis, já que o tratamento da hipertensão arterial pode agravar os sintomas de hipotensão ortostática e o risco de síncope. Aqui é adequado o emprego da midrodrina, durante o dia, que tem uma ação hipertensora de curta duração. Como já referimos a toma perto do deitar deve ser evitada por causa do risco de agravamento da hipertensão supina. Nestes doentes são recomendados fármacos anti-hipertensores de curta duração tomados à noite. Estes doentes representam um desafio terapêutico difícil que deve ser abordado de forma muito individualizada.

O recurso ao internamento deve ser reservado para os doentes com suspeita de síncope de causa cardíaca nos quais o risco de morte súbita é elevado, devido a doença cardíaca estrutural ou arritmia grave.^{1,2,14}

Salientamos que a abordagem proposta pelas recomendações das sociedades científicas ditas "de órgão" pode ser manifestamente insuficiente para satisfazer de forma compreensiva a gestão da síncope no doente idoso. O recurso à avaliação geriátrica global ao assegurar uma história e exame físico completos, valoriza o estado funcional e ainda as múltiplas comorbilidades habitualmente presentes. Com base numa avaliação diagnóstica compreensiva, desenvolve-se um plano integrado de tratamento, reabilitação, apoio e seguimento a longo prazo.¹⁸

Resumo

No doente idoso a síncope é uma importante causa de morbidade e mortalidade, com elevados custos pessoais e económicos. Há três grandes tipos de síncope: a síncope de causa reflexa (a mais comum), a síncope ortostática (a mais frequente nos muito idosos) e a cardíaca (a mais perigosa). O diagnóstico etiológico no idoso é mais difícil devido a apresentações atípicas, aos sintomas prodrómicos serem muitas vezes mínimos ou ausentes, a síncope poder manifestar-se como uma queda, e com frequência, o doente idoso ter amnesia da perda de conhecimento. Os doentes idosos com síncope vasovagal têm menos vezes sintomas prodrómicos, o que torna mais difícil o diagnóstico diferencial com as síncopes de causa cardíaca. Estas são mais frequentes nos doentes idosos, assim como as síncopes de causa multifatorial. A morbidade e mortalidade, mesmo das causas de síncope benignas, são mais altas que nos doentes jovens devido ao risco das quedas poderem provocar fraturas, com mais frequência e sobretudo devido à coexistência de frequentes comorbilidades. Na avaliação das causas de síncope é necessário ter um índice elevado de suspeita da existência de causas cardíacas, para se estabelecer, o mais rapidamente possível, o diagnóstico e a respetiva intervenção terapêutica, para reduzir o potencial risco elevado de morte súbita. A probabilidade de uma sín-

cope ter causa cardíaca é baixa quando o eletrocardiograma e o ecocardiograma são normais. Os doentes com síncope de causa reflexa ou ortostática devem ser tranquilizados sobre a natureza do diagnóstico, informados do risco da recorrência e aconselhados a evitar os fatores precipitantes e a adotar as medidas preventivas fisiológicas de contra descida da pressão arterial. O tratamento da hipotensão ortostática deve orientar-se mais para o alívio dos sintomas e redução do risco de síncope e quedas do que em atingir um determinado nível tensional. A hospitalização está indicada nos doentes com síncope de causa cardíaca. Embora a abordagem da síncope no doente idoso tenha aspetos semelhantes à dos doentes mais jovens, a presença de reservas funcionais reduzidas, associadas à presença de múltiplas comorbilidades, pode tornar a aplicação das recomendações das chamadas sociedades científicas "de órgão", algo limitadas. Em muitos destes doentes é de enorme utilidade assegurar que as decisões médicas sejam baseadas numa avaliação geriátrica global, para assegurar uma história e exame físico completos, valorizar o estado funcional e cognitivo e ainda as múltiplas comorbilidades habitualmente presentes. Com base nesta avaliação diagnóstica compreensiva, desenvolve-se um plano integrado de tratamento, reabilitação, apoio e seguimento a longo prazo.

SYNCOPE: WHAT IS DIFFERENT IN THE ELDERLY PATIENT

Summary

In elderly patients, syncope is an important cause of morbidity and mortality, with high personal and economic costs. There are three main types of syncope: reflex syncope (the most common), orthostatic syncope (the most common in the very elderly) and cardiac syncope (the most dangerous). Etiological diagnosis in the elderly is more difficult due to atypical presentations, prodromal symptoms are often minimal or absent, syncope can manifest as a fall, and elderly patients often have amnesia from loss of consciousness. Elderly patients with vasovagal syncope have less frequent prodromal symptoms, which makes the differential diagnosis with cardiac syncope more difficult. These cardiac syncope are more frequent in elderly patients, as well as syncope with a multifactorial cause. Morbidity and mortality, even from benign causes of syncope, are higher than in young patients due to the risk that falls can cause fractures, more frequently and especially due to the coexistence of frequent comorbidities. In the evaluation of the causes of syncope, it is necessary to have a high index of suspicion of the existence of cardiac causes, to establish, as soon as possible, the diagnosis and the respective therapeutic intervention, to reduce the potential

high risk of sudden death. The probability of a syncope having a cardiac cause is low when the electrocardiogram and echocardiogram are normal. Patients with syncope of reflex or orthostatic cause should be reassured about the nature of the diagnosis, informed of the risk of recurrence, and advised to avoid precipitating factors and to adopt physiological preventive measures to counter the fall in blood pressure. The treatment of orthostatic hypotension should focus more on relieving symptoms and reducing the risk of syncope and falls than on reaching a certain blood pressure level. Hospitalization is indicated in patients with cardiac syncope. Although the approach to syncope in the elderly patient has aspects similar to those in younger patients, the presence of reduced functional reserves, associated with the existence of multiple comorbidities, can make the application of the recommendations of the so-called "organ" scientific societies clearly insufficient to comprehensively satisfy the needs of these patients. The use of global geriatric assessment is then justified to ensure a comprehensive diagnostic assessment, an integrated plan of treatment, rehabilitation, support and long-term follow-up.

Bibliografía

1. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope Eur Heart J 2018; 39: 1883-1948
2. Writing Committee M, Shen WK, Sheldon RS, et al. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Heart Rhythm. 2017; 14(8): e155– 217.
3. Cummings SR, Nevitt MC, Kidd S, Forgetting falls. The limited accuracy of recall of falls in the elderly, J Am Geriatr Soc, 1988; 36 (7):613–6377.
4. O Dwyer C, Bennett K, Langan Y, Fan CW, Kenny RA. Amnesia for loss of consciousness is common in vasovagal syncope. Europace 2011;13:1040-5.
5. Anpalahan M, Gibson S. The prevalence of neurally mediated syncope in older patients presenting with unexplained falls. Eur J Intern Med 2012;23: e48–e52
6. Brignole M, Hamdan MH. New concepts in the assessment of syncope. J Am Coll Cardiol 2012; 59:1583–1591.
7. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, et al. Incidence and prognosis of syncope. N Engl J Med 2002;347:878-85.
8. Goyai P, Mauer M. Syncope in older adults. J Geriatric Cardiology. 2016; 13 (5); 380-6
9. Schroeder C, Bush VE, Norcliffe LJ, et al., Water drinking acutely improves orthostatic tolerance in healthy subjects, Circulation, 2002;106(22):2806–11.
10. Ungar A, Mussi C, Del Rosso A, et al. Diagnosis and characteristics of syncope in older patients referred to geriatric departments. J Am Geriatr Soc 2006;54:1531-6.
11. Marrison VK, Fletcher A, Parry SW, The older patient with syncope: practicalities and controversies, Int J Cardiol, 2012; 155(1):9–13
12. Ungar A., Mussi C., Ceccofiglio A. et al. Etiology of syncope and unexplained falls in elderly adults with Dementia: Syncope and Dementia (SYD) study. J Am Geriatr Soc 2016; 64:1567–1573.
13. Bhangu JS, King-Kallimanis B, Cunningham C, Kenny RA, The relationship between syncope, depression and antidepressant use in older adults, Age Ageing, 2014;43(4):502–9
14. Freeman R, Wieling W, Axelrod FB, et al. Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. Auton Neurosci 2011;161:46-8.
15. Ricci F, Fedorowski A, Radico F, et al. Cardiovascular morbidity and mortality related to orthostatic hypotension: a meta-analysis of prospective observational studies. Eur Heart J 2015;36:1609-17.
16. Jansen RW, Lipsitz LA. Postprandial hypotension: epidemiology, pathophysiology, and clinical management. Ann Intern Med 1995;122:286-95.
17. Luciano GL, Brennan MJ, Rothberg MB. Postprandial hypotension. Am J Med 2010;123:281.e1-6.
18. Lundqvist, M.; Alwin, J.; Henriksson, M.; Husberg, M.; Carlsson, P.; Ekdahl, A.W. Cost-effectiveness of comprehensive geriatric assessment at an ambulatory geriatric unit based on the AGE-FIT trial. BMC Geriatr. 2018, 18, 32 – 8

Abordagem da disfunção erétil no idoso pelo Médico de Família

Catarina Fortunato¹, Pedro Vendeira²

¹Médica Interna do Internato Complementar em Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar Moliceiro, ACES Baixo Vouga, Aveiro, Portugal.
E-mail: anafortunato3@gmail.com

²Médico, Especialista em Urologia / Porto, Portugal
Doutorado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução
Membro do European Committee for Sexual Medicine
Competência em Sexologia Clínica / Ordem dos Médicos
E-mail: pvendeira@gmail.com

RESUMO

Introdução: Apesar da sexualidade ser uma componente integrante da qualidade de vida e da saúde dos idosos, é muitas vezes vista como um tabu e alvo de vários estigmas. É fundamental desmistificar esta visão e sensibilizar o Médico de Família (MF) para a abordagem de questões relacionadas com a sexualidade, nomeadamente a disfunção erétil, mais prevalente nos idosos. Assim, este artigo visa constituir uma ferramenta prática e útil, no dia-a-dia do MF, para a abordagem desta disfunção sexual na população idosa.

Materiais e Métodos:

Elaborámos uma revisão integrativa da literatura, incluindo livros de texto e artigos científicos de investigação. Foram selecionadas três bases de dados e usados critérios de inclusão específicos. De um total de 161 artigos, 74 foram lidos e 23 foram incluídos. Os resultados foram agrupados em quatro categorias relativamente à abordagem da disfunção erétil nos Cuidados de Saúde Primários: Definição e Epidemiologia; Etiologia; Avaliação diagnóstica; e Abordagem terapêutica.

Resultados e discussão:

A DE é multidimensional e, apesar de não ser uma consequência inevitável do processo de envelhecimento, a sua incidência aumenta com a idade. Uma boa resposta erétil é parte integrante de uma vida sexual satisfatória no idoso, não devendo ser excluída de uma avaliação médica completa. O Índice Internacional da Função Erétil (IIEF) é muito utilizado para avaliação clínica da DE e para monitorização objetiva dos resultados dos tratamentos. O objetivo do tratamento da DE no idoso deve ser melhorar a sua qualidade de vida, restituindo a função sexual sempre que possível e melhorando a saúde global, nomeadamente atenuando os fatores de risco para as doenças cardíacas e metabólicas.

Conclusão:

É fundamental não esquecer que a sexualidade influencia a nossa saúde física, mental e emocional, e o período de envelhecimento não é exceção. O MF desempenha um papel importante na orientação de um idoso com DE, uma condição multifatorial, cuja prevenção e tratamento exigem uma abordagem multidisciplinar, sem descuidar as verdadeiras expectativas do utente.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade; Envelhecimento; Disfunção erétil.

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é uma energia que nos motiva a encontrar amor, contacto, ternura e intimidade, influenciando a nossa saúde física e mental. ¹ Este fenómeno está presente ao longo da vida e a sua expressão é um direito básico em todas as idades. Contudo, devido a vários fatores sociais como o preconceito, a sexualidade na terceira idade, que deveria ser tratada de forma natural, ainda é muitas vezes vista como um tabu e alvo de vários estigmas, por parte da sociedade, da família e até mesmo dos profissionais de saúde. ¹⁻³

Durante muitos anos, a Disfunção Erétil (DE) foi muito pouco diagnosticada devido à relutância, por parte de doentes e de profissionais de saúde, em abordar questões relacionadas com a função sexual. ⁴ Apesar de se verificar, habitualmente, uma diminuição da frequência da atividade sexual com a idade, principalmente após os 60 anos, é importante não esquecer que os idosos não são seres assexuados e que uma atividade sexual positiva pode contribuir para uma melhor qualidade de vida ao longo do envelhecimento. ⁵

É sabido que a comunicação médico-doente sobre a sexualidade tende, habitualmente, a ser escassa, podendo ser dificultada, entre outros aspetos, pela diferença de idades ou de sexo entre ambos os interlocutores. ⁶ Neste contexto, torna-se cada vez mais importante desmistificar esta visão, nomeadamente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde o Médico de Família (MF) desempenha um papel fulcral ao nível do bem-estar do utente, ao longo das várias etapas da sua vida, não podendo descuidar a importância da sexualidade

para a vivência de um envelhecimento ativo e saudável.

De acordo com o estudo Episex-PT, 7,7% dos inquiridos admitiram não ser capazes de expor um problema de disfunção sexual ao seu médico, por vergonha de discutir o assunto, e também apenas 27,5% dos homens declararam que já haviam sido questionados pelo médico sobre a sua vida sexual.⁷

Para além disso, outras das principais razões para os utentes idosos não procurarem ajuda médica prende-se com o facto de acreditarem que a disfunção erétil é um processo normal da idade e que é causado pela medicação ou por outras doenças concomitantes, não havendo assim muito a fazer.⁶

Portanto, os problemas relacionados com a sexualidade, apesar de pouco abordados em consultas de rotina, possuem uma prevalência e relevância significativa na população e devem ser objeto de avaliação pelo MF, mesmo quando não explicitados inicialmente.

Pretende-se que este artigo constitua um ponto de partida para a crescente abordagem das questões relacionadas com a sexualidade ao longo do envelhecimento. E, para além disso, uma ferramenta prática e útil na atividade diária do MF, focando os aspetos considerados essenciais acerca da etiologia, avaliação diagnóstica e tratamento da DE no idoso.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura e a pesquisa foi realizada a partir de livros de texto, revistas, artigos científicos de investigação sobre o tema em causa e websites de referência.

No que concerne à pesquisa eletrónica, esta foi realizada nas bases de dados: Google Académico, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE), esta última através de PudMed NCBI. Para a pesquisa dos artigos utilizámos os cruzamentos dos seguintes descritores: “Disfunção erétil”, “idosos”, “Médico de Família”, “Medicina Geral e Familiar” e similares em Inglês. Foram também utilizados alguns termos MeSH (“Medical Subject Headings”) tais como: “sexual dysfunction”, “erectile dysfunction”, “primary care”, “older adult” e “elderly”.

Os critérios de inclusão dos artigos foram estar publicados entre janeiro de 2011 a junho de 2021, em português, inglês ou espanhol e abordar concomitantemente as disfunções sexuais, especialmente a disfunção erétil na faixa etária dos idosos, com ênfase na área da MGF. Foram também selecionados aqueles artigos citados como referências bibliográficas que, apesar de não reunirem todos os critérios de inclusão, se demonstraram de elevada relevância para o desenvolvimento do tema. Foram excluídos os trabalhos sem resumos disponíveis para análise nas bases de dados e publicados em outros idiomas.

Na pesquisa inicial foram identificados 161 artigos, tendo sido selecionados 74 artigos que apresentavam os critérios de elegibilidade para a leitura do seu título e resumo. Destes, após leitura integral, foram selecionados 23 artigos para integrarem este trabalho de revisão. Os resultados foram agrupados em quatro categorias: Definição e Epidemiologia; Etiologia; Avaliação diagnóstica; e Abordagem terapêutica pelo MF.

DISCUSSÃO

DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

A disfunção erétil define-se como a incapacidade de obter ou manter a ereção peniana adequada para uma atividade sexual satisfatória, desde há pelo menos ^{1,3} ou 6 meses,^{8-6,9} sendo a disfunção sexual que mais afeta os homens no envelhecimento.¹⁰ Tendo em conta o aumento previsível da população e a relação direta da DE com a idade, as estimativas para 2025 preveem um aumento de mais do dobro da prevalência da DE no mundo, de 152 milhões para 322 milhões.⁹ Apesar de não ser uma consequência inevitável do processo de envelhecimento,⁸⁻¹¹ a DE é mais frequente nos idosos, afetando 20 - 40% dos homens com mais de 60 anos, e 50 - 70% dos com mais de 70-80 anos.¹²

Alguns estudos mostraram que a prevalência da preocupação dos idosos relativamente à DE pode ser bastante variável ao longo dos anos: 14,3-70% aos 60 anos, 6,7-48% aos 70 anos e 38% aos 80 anos.⁶ Apesar da possível decrescente preocupação com a DE com a idade, não devemos descurar a sua importância nos utentes idosos. Vários estudos mostraram que esta disfunção pode afetar a saúde física e psicológica, podendo ter um impacto significativo na qualidade de vida dos seus portadores.^{6,13} Por exemplo, de acordo com o estudo Episex-PT, 85,6% dos homens consideram que o sexo é muito importante ou mesmo fundamental para a sua qualidade de vida e 80,6% dos inquiridos afirmaram que era sobretudo a DE que prejudicava a qualidade de vida do casal.⁷ De acordo com outros estudos, 50,3% a 92% dos homens referem que manterem-se sexualmente ativos, à medida que envelhecem, constitui um aspeto importante das suas vidas.⁶ Vários modelos de “successful aging”, para além de demonstrarem a influência das características socioculturais na sexualidade, reforçam também o contributo do prazer e desejo sexuais para um envelhecimento bem-sucedido e um maior nível de satisfação global com a vida.¹⁴

ETIOLOGIA

A disfunção erétil é multidimensional e, normalmente, envolve alterações em qualquer um dos componentes da resposta erétil, incluindo o orgânico, o relacional e o psicogénico.¹⁸ Existe uma interação complexa entre a DE e os diferentes domínios da resposta sexual, podendo o aumento da DE estar relacionado com a perda do desejo sexual e da atividade sexual, ao longo dos anos.⁶ Para além disso, a DE pode também, por si só, diminuir o desejo e a vontade de iniciar um relacionamento sexual devido ao receio de um desempenho sexual inadequado ou de rejeição por parte da parceira. Sendo os homens, especialmente os mais idosos, particularmente sensíveis ao suporte social das relações íntimas, o afastamento desse tipo de relacionamentos, devido ao medo, pode ter um efeito bastante negativo na sua saúde geral.⁴ Sabe-se que a falha na resposta erétil é um fator determinante para o insucesso da vida sexual e consequente frustração e insatisfação sexual.⁴ Uma boa resposta erétil é, portanto, parte integrante de uma vida sexual satisfatória, influenciando positivamente a qualidade de vida do idoso.

Com o avanço da idade, ocorrem alterações significativas na estrutura peniana, que incluem principalmente a diminuição da concentra-

ção de fibras elásticas e de colágeno do pênis, assim como deformações ao nível do músculo liso, o que acarreta mudanças na sensibilidade mecânica dessa região.¹ Sucodem-se também modificações estruturais na vasculatura peniana, envolvidas na insuficiência erétil vasculogénica que ocorre com o envelhecimento.¹⁷ Para além disso, o aumento do stress oxidativo, alterações na biodisponibilidade do óxido nítrico endotelial (eNO), desregulação na expressão de fatores de crescimento vascular, entre outros mecanismos, contribuem também para a perda de função endotelial no corpo cavernoso idoso.¹⁷ Estas alterações contribuem para que a ereção no idoso seja menos duradoura e que requeira mais estimulação para ser atingida e sustentada.¹²

Outros fatores orgânicos associados ao envelhecimento podem também estimular o aparecimento de disfunção erétil. Entre eles, destacam-se as alterações vasculares, a HTA, a aterosclerose, a DM, as arritmias cardíacas e a dislipidemia que contribuem para o estreitamento, oclusão ou obstrução do fluxo sanguíneo ao pênis.¹ Por exemplo, na população diabética a prevalência da DE pode chegar até aos 50% e nos hipertensos, as complicações cardiovasculares, como a doença arterial isquémica e a falência renal, estão associadas a uma maior prevalência de DE.⁹ Relativamente à população fumadora, um estudo da Boston Area Community Health (BACH) verificou uma associação dose-resposta entre o tabagismo e a DE, com um efeito estatisticamente significativo a partir das 20 UMA de exposição.⁹ Existe também evidência de que a DE pode apresentar-se como uma manifestação precoce de doença coronária e de doença vascular periférica devendo, por isso, ser vista não só como uma componente integrante da qualidade de vida global, mas também como um potente sinal de alarme de doença cardiovascular (DCV).^{9,13} A DE é considerada um fator de RCV independente e a sua severidade pode preceder o desenvolvimento de uma complicação CV em cerca de 3 a 5 anos.^{15,16} Sendo a DE um sintoma precoce ou fator preditivo de DCV, dada a sua proximidade etiológica e fisiopatológica, estas duas patologias devem ser avaliadas e tratadas conjuntamente. Para além disso, em 2013, foi descrito um novo síndrome clínico, denominado de OSAFED, constituído por: Síndrome de Apneia Obstrutiva do sono, Fibrilhação Auricular e Disfunção Erétil.¹⁵

Todos os aspetos referidos anteriormente são passíveis de serem abordados pelo MF, em diversos contextos de consulta com o idoso, podendo ser integrados, de forma sistematizada, na abordagem do risco cardiovascular (RCV), nomeadamente nas consultas de Saúde do Idoso, Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), Fibrilhação Auricular (FA), Cessação Tabágica, Alcoolismo, entre outras.

A tabela 1 apresenta, de forma esquematizada, as várias componentes que podem estar envolvidas na etiologia da DE e que devem ser alvo de estudo mais aprofundado pelo MF, sempre que existir a suspeita de se estar perante um idoso com DE.

A etiologia dos problemas de sexualidade geralmente é múltipla, incorporando aspetos biológicos, psicológicos e relacionais.^{19,20} Relativamente às causas relacionais destacam-se as crises conjugais, a comunicação inadequada dentro do casal e as alterações no ciclo vital (incluindo o luto), que podem influenciar o desejo e a satisfação sexual,^{3,19} influenciando também a performance do homem idoso e podendo contribuir para situações de disfunção erétil. Todos estes fatores podem afetar reciprocamente as várias dimensões da etiologia multifatorial da DE.

A disfunção erétil transitória (devido ao uso de algum medicamento, por exemplo) pode levar a alterações psicológicas secundárias que passam a ser o principal problema.¹¹ Ou seja, as alterações psicológicas podem ser causa ou consequência da disfunção erétil, pelo que não devemos descurar a sua importância e implicações.

A idade está intimamente relacionada com o aumento da ansiedade, principalmente a ansiedade de desempenho, que constitui um dos principais fatores que conduz à DE, pois inibe certas funções do sistema nervoso autónomo, dificultando a excitação fisiológica.¹ A tendência de questionamento do homem com episódios de DE, quanto à sua virilidade, provoca receio de novos fracassos no seu desempenho sexual, o que pode também levar à redução do interesse sexual e à perda da autoestima, criando constrangimento e mais ansiedade com a sua performance.²

Além dos aspetos psicopatológicos, há que considerar também os aspetos negativos psicossociais tão comuns na terceira idade, como falta de um companheiro(a) (viuvez, separação, abandono), dificuldades económicas, dependência de filhos e outros parentes, falta de privacidade, doenças orgânicas e mentais no cônjuge, desconhecimento sobre as questões sexuais, tabus e preconceitos sobre a sexualidade do idoso, entre outros inúmeros fatores.²

De acordo com o estudo Episex-PT, os problemas de ereção predominavam nos homens viúvos (28,1%) e 78,2% dos inquiridos identificaram um impacto sobre a sua vida conjugal, sobre a sua autoestima (72,3%) e sobre o seu humor.⁷

O Distúrbio Androgénico do Envelhecimento Masculino (DAEM) é provocado por uma diminuição fisiológica dos níveis de testosterona, a uma velocidade de cerca de 1-2% por ano, que ocorre principalmente em pacientes idosos com mais de 80 anos.¹⁰ Níveis de testosterona < 8 nmol/L são tipicamente associados a sintomas como redução da libido e da qualidade e frequência das ereções; mudança do humor, com irritabilidade, depressão e fadiga; redução da capacidade intelectual cognitiva; perda da massa magra e massa muscular; aumento da gordura visceral; redução da densidade mineral óssea, que resulta em osteopenia e, eventualmente, osteoporose.^{2,12} As doenças neurológicas, muito comuns em idosos, também promovem alterações nos níveis de neurotransmissores e na forma como estes atuam no processo de ereção/ejaculação. O acidente vascular cerebral, o Alzheimer, a epilepsia, a esclerose múltipla, o Parkinson e as lesões medulares podem também ser encontradas nas causas de DE no idoso.²

A DE é também muito comum em intervenções e afeções urológicas como o cancro da próstata e a HBP. A principal causa de DE em pacientes com cancro da próstata é a prostatectomia, estando envolvidos efeitos relacionados com o procedimento cirúrgico mas também fatores psicológicos relacionados com a obtenção do diagnóstico deste tipo de cancro, que geralmente afeta homens com mais de 50 anos.¹⁰ No âmbito do envolvimento da HBP, foi realizado um estudo com mais de 14 mil homens entre 50 e 80 anos que demonstrou, através da aplicação do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF), que o LUTS é fator de risco independente para DE.¹⁰

Etiologia da Disfunção Erétil		
Psicogénica e/ou relacional	Generalizada	<ul style="list-style-type: none"> - Depressão, ansiedade, stress - Diminuição da autoestima - Distúrbios da intimidade sexual - Conflitos conjugais
	Situacional	<ul style="list-style-type: none"> - Situações de violência doméstica - Ansiedade de performance
Orgânica	Arteriogénica	<ul style="list-style-type: none"> - DCV (HTA, DAC, DVP, etc.) - DM tipo 1 e 2 - Dislipidemia - Síndrome metabólico, obesidade e sedentarismo - Tabagismo - Cirurgia pélvica major - Radioterapia (pélvica ou retroperitoneal)
	Neurogénica	<ul style="list-style-type: none"> - Causas centrais: doenças degenerativas – EM, doença de Parkinson - doença ou trauma da ME, AVC, tumor do SNC, etc. - Causas periféricas (DM, IRC, insuficiência hepática crónica, polineuropatia, radioterapia, etc.)
	Anatómica ou Estrutural	<ul style="list-style-type: none"> - Fimose, hipospádias, epispádias, micropénis - Doença de <i>Peyronie</i> - Cancro do pénis ou do testículo
	Hormonal	<ul style="list-style-type: none"> - Distúrbio androgénico do envelhecimento masculino (DAEM) - Hipogonadismo - Hiperprolactinemia - Hiper e hipotireoidismo - Hiper e hipocortisolismo - Hiperhomocisteínemia - Panhipopituitarismo
	Outras	<ul style="list-style-type: none"> - SAOS - Glaucoma de ângulo aberto - Periodontite crónica - Doenças reumatológicas (psoríase, artrite gotosa, espondilite anquilosante) - Fígado gordo não alcoólico - Doenças inflamatórias do intestino - Pós-traumático (ex: fraturas pélvicas)
	Iatrogénica	<ul style="list-style-type: none"> - Fármacos: diuréticos tiazídicos, espironolactona, digoxina, metildopa, α-bloqueantes, bloqueadores-β, anti-histamínicos H2, BZD, ISRS, tricíclicos, antipsicóticos, antiandrogénicos, análogos e antagonistas GnRH - Drogas recreativas (álcool, heroína, cocaína, marijuana, metadona, drogas sintéticas, esteroides anabolizantes, etc) - Biópsia prostática

Tabela 1 – Etiologia da DE (adaptado) 2,13,15,20

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA PELO MF

Anamnese

Abordar questões relacionadas com a sexualidade nem sempre é fácil e a população idosa requer também outras especificações na abordagem, pelo que uma história clínica bem colhida se revela um instrumento fundamental. No quadro 1 encontram-se esquematizadas algumas das questões possíveis que podem ser usadas para abordar a sexualidade num indivíduo idoso e, progressivamente, ir direcionando a entrevista clínica especificamente para questões relacionadas com a disfunção erétil.

De um modo geral, na anamnese, determina-se o momento do aparecimento das queixas, a sua duração, fatores de melhoria ou de agravamento, quais as fases do ciclo da resposta sexual que estão comprometidas e qual o impacto na qualidade de vida diária.¹⁶ Para além disso, deve abordar-se também a relação com o(a) parceiro(a), situações de violência, mudanças recentes na rotina, antecedentes pessoais e medicação em uso.¹⁹

Proposta de anamnese

- Como está a sua relação com a sua parceira ou parceiro?
- Existe alguma coisa na sua vida sexual que o incomode?
- Tem tido alguma dificuldade ao nível da ereção?
- Sente algum tipo de desconforto durante a relação sexual?
- Quando se apercebeu que estes sintomas surgiram pela primeira vez?
- Como têm evoluído os sintomas desde então?
- O que acha que possa estar a causar este problema?
- O que consideraria uma vida sexual normal?
- Existe alguma outra informação ou alguma questão que gostaria de perguntar a respeito da sua vida sexual?

Quadro 1 – Proposta de anamnese para abordagem da DE no idoso (adaptado)¹⁹

O Índice Internacional da Função Erétil (IIEF) é um instrumento de medida autoadministrado, criado em 1997, muito utilizado para avaliação clínica da DE e para monitorização objetiva dos resultados dos tratamentos.⁸ Na sua versão inicial, trata-se de um questionário com 15 questões que avaliam cinco áreas da função sexual masculina (função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral), mas mais recentemente foi também elaborada uma versão curta, o IIEF-5 (Quadro 2), validada como ferramenta diagnóstica autónoma denominada SHIM (Sexual Health Inventory for Men), com elevada sensibilidade e especificidade como instrumento de diagnóstico da DE.¹⁰ Cada questão, pontuada de 1 a 5, avalia os últimos seis meses da atividade sexual do homem, sendo que uma pontuação inferior igual ou inferior a 21 indica que esses utentes podem possuir algum grau de DE, devendo ser estudados pormenorizadamente.⁸

Nos últimos 6 meses,				
1. Como classifica a sua confiança em conseguir manter uma ereção?				
Muito baixo (1)	Baixo (2)	Moderado (3)	Alto (4)	Muito alto (5)
2. Quando teve ereções, com estimulação sexual, quantas vezes é que estas são suficientemente firmes para a penetração?				
Quase nunca (1)	Poucas vezes/ < metade (2)	Algumas vezes/ metade (3)	Muitas vezes/ > metade (4)	Quase sempre (5)
3. Durante as relações sexuais, com que frequência foi capaz de manter a sua ereção após a penetração?				
Quase nunca (1)	Poucas vezes/ < metade (2)	Algumas vezes/ metade (3)	Muitas vezes/ > metade (4)	Quase sempre (5)
4. Durante as relações sexuais, é difícil manter a ereção até ao final?				
Extremament e difícil (1)	Muito difícil (2)	Difícil (3)	Algo difícil (4)	Fácil (5)
5. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes estas foram satisfatórias para si?				
Quase nunca (1)	Poucas vezes/ < metade (2)	Algumas vezes/ metade (3)	Muitas vezes/ > metade (4)	Quase sempre (5)

Quadro 2 - Itens do IIEF-5 (adaptado) 8, 21

Resultados: 1-7: DE severa; 8-11: DE moderada; 12-16: DE ligeira/moderada; 17-21: DE ligeira; 22-25: Ausência de DE.

Um exemplo da aplicabilidade deste questionário verifica-se com os idosos diabéticos. Alguns estudos defendem que, pedir aos utentes com DM2 para preencher questionários autoadministrados (por exemplo, o IIEF-5), parece ser uma boa opção na nossa prática clínica. Num desses estudos, 76,1% dos inquiridos, admitiram que se tivessem DE, queriam receber algum tipo de abordagem por parte do seu médico relativamente a este problema, seja ao nível do tratamento, do exame físico, da investigação de possíveis causas ou do encaminhamento para especialistas da área.²² Portanto, os MF devem rastrear rotineiramente todos os pacientes com fatores de RCV, incluindo os com DM2, quanto à possível existência de disfunção erétil, avaliar a sua etiologia e implicações nas várias áreas da vida do doente idoso, assim como oferecer tratamento adequado nos casos em que se confirme a existência de DE.

Existem também outros tipos de questionários que podem ser aplicados no dia-a-dia do MF, incluindo a breve lista de verificação de sintomas sexuais no homem (BSSC-M) e o inventário de saúde sexual para os homens (SHIM), que podem ser aplicados em menos de 1 minuto e que funcionam como uma ferramenta útil de rastreio da disfunção erétil.²³

Estes vários questionários são ferramentas fundamentais para avaliar a satisfação sexual dos utentes, pois apresentam itens de interro-

gação breves e concisos, podendo ser aplicados em pouco tempo, o que constitui uma mais valia para a prática clínica do MF.

Exame físico

A avaliação física de um idoso com suspeita de disfunção erétil deve incluir todos os parâmetros que possam estar relacionados com o aumento do RCV, nomeadamente sinais de hipertensão, dislipidemia, tabagismo, obesidade e assimetria ou ausência de pulsos das extremidades inferiores.⁸

O exame físico no idoso com suspeita de DE deve ser minucioso e incluir também o exame dos genitais e da próstata de forma a identificar sinais de condições médicas que possam estar associadas à DE, como a HBP e o cancro da próstata.^{8,21} As evidências de hipogonadismo, doenças tiroideias, hepáticas, hematológicas ou renais devem também ser pesquisadas.²⁴

Exames complementares

A avaliação complementar de um idoso com DE deve ser adaptada de acordo com as suas queixas e possíveis fatores de risco já identificados através da colheita de uma história clínica pormenorizada e de um exame objetivo minucioso.

De um modo geral, a avaliação analítica destes utentes deve incluir: hemograma, glicose, HbA1C, função renal, perfil lipídico, urina II e avaliação endócrina (função tiroideia, testosterona total e livre, prolactina) sendo que a necessidade, por rotina, desta última, permanece controversa.^{21,25}

Alguns estudos mostraram também uma ligação entre a DE e a osteoporose¹⁶, outra comorbilidade à qual o MF deve estar atento aquando da avaliação destes utentes.

A existência de elevada prevalência de riscos cardíacos associada a doentes que procuram tratamento para a DE, levou à criação de três categorias para definir melhor o RCV, entre elas: “baixo risco” (doentes que não possuem nenhum risco cardíaco significativo associado à atividade sexual, que não apresentam sintomas e que possuem menos de três fatores de risco para desenvolver doença arterial coronária); “risco intermédio” (doentes que apresentam uma condição cardíaca incerta com três ou mais fatores de risco para desenvolver doença arterial coronária e que, dependendo da avaliação e do “teste de stress”, no qual a atividade sexual equivale a 4 minutos de passada de Bruce, o doente deve passar para a categoria de “baixo risco” ou “risco elevado”); e “risco elevado” (indivíduos com sintomas de doença cardíaca e que têm grande propensão a desenvolver arritmias).^{24,26}

Existem vários exames complementares de diagnóstico específicos, que saem do âmbito de atuação do MF, mas que permitem uma avaliação mais pormenorizada do grau de disfunção e da sua provável etiologia. Entre eles enumeramos: ecodoppler peniano, rigidometria peniana noturna, injeção intracavernosa, cavernosografia dinâmica e cavernosoflebografia.⁸ Estes estão indicados em situações como: DE primária, deformações penianas que possam necessitar de correção cirurgica, doenças endócrinas, psiquiátricas ou psicossociais complexas, entre outras.²⁵

De seguida, apresentamos o diagrama com a possível abordagem inicial, pelo MF, de um idoso com suspeita de DE, de forma a que esta avaliação possa ser sistematizada e focar nos aspetos mais relevantes.

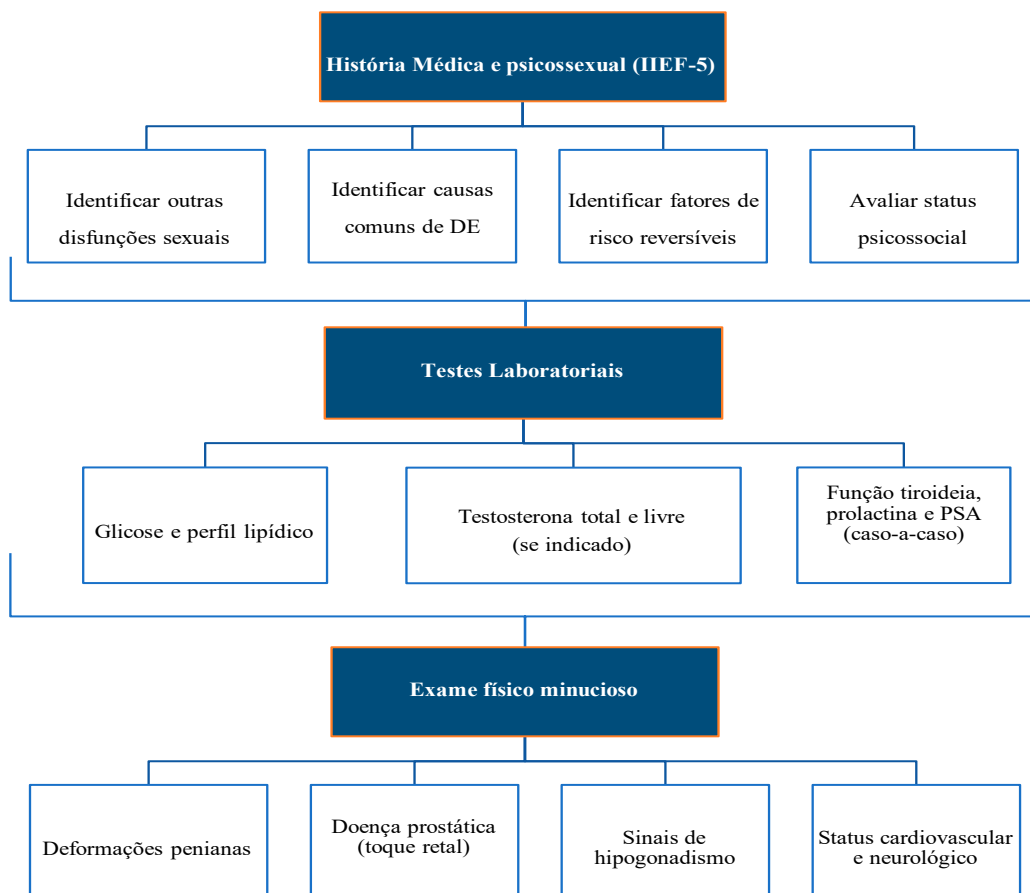


Diagrama 1 - Abordagem inicial da DE no idoso (adaptado)^{20,25}

ABORDAGEM TERAPÊUTICA PELO MF

O objetivo do tratamento da DE no idoso deve ser melhorar a sua qualidade de vida, restituindo a função sexual sempre que possível e melhorando a saúde global, atenuando os fatores de risco para as doenças cardíacas e metabólicas.²⁷ Estando a DE frequentemente relacionada com as DCV, as mudanças de estilo de vida (cessação tabágica, atividade física, perda de peso, controlo de TA, etc.) apresentam um impacto significativo na resolução deste problema (Nível de evidência 1b, grau de recomendação A).^{19, 27} Portanto, o controlo dos fatores de risco é o princípio do tratamento não farmacológico.¹⁰ O tratamento de doenças crónicas, como DM, HTA, hipotiroidismo, depressão e baixa de testosterona pode também melhorar os sintomas da disfunção erétil, bem como melhorar a eficácia do tratamento oral usado na DE.²⁷

A terapêutica hormonal de substituição é realizada através da administração de testosterona e está reservada unicamente para os casos de DE associada a hipogonadismo.⁸ Estudos recentes mostraram que o tratamento com testosterona, em idosos com hipogonadismo, contribuiu para o aumento do desejo sexual, da atividade sexual e da função erétil.⁶ Entretanto, a utilização desta hormona deve ser repensada devido aos diversos efeitos adversos, como policitemia, HBP, sintomas severos do trato urinário inferior e apneia obstrutiva do sono. Para além disso, o cancro da próstata é hormonodependente, pelo que a administração de testosterona estimula o crescimento do tumor e predispõe ao aparecimento de metástases.¹⁰

Relativamente ao tratamento farmacológico de primeira linha destacam-se os inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE5), utilizados sob demanda e na presença de estímulo sexual. (Nível de evidência 1b, grau de recomendação A).¹⁹ São quatro os fármacos deste grupo comercializados: sildenafil, tadalafil, vardenafil e avanafil (tabela 2).^{8, 25, 28}

Tabela 2 - Inibidores da fosfodiesterase-5 disponíveis^{8, 25, 28}

Fármaco	Sildenafil <i>Viagra</i> ®	Tadalafil <i>Cialis</i> ®	Vardenafil <i>Levitra</i> ®	Avanafil <i>Spedra</i> ®
Doses disponíveis	25, 50, 100 mg	5, 10, 20 mg	5, 10, 20 mg	50, 100, 200 mg
Início ação	30-60 min	30-120 min	30-60 min	15-30 min
Semi-vida	12h	17,5 h – 36h	10 h	6-17 h
Interferência com alimentos	Sim	Não	Sim	Não
Efeitos laterais (>10%)	Cefaleia, rubor	Cefaleia, dispepsia	Cefaleia, rubor, congestão nasal	Raros (cefaleia)

Segundo alguns estudos, não existe diferença significativa, em termos de eficácia, entre os vários inibidores da PDE5, não estando descrita na literatura a preferência por um deles em detrimento dos outros.²⁹ A escolha inicial deve depender de uma discussão compreensiva entre o médico e o utente. De um modo geral, o vardenafil orodispersível e o avanafil podem estar mais indicados para os indivíduos que pretendem um início de ação mais rápido, mas que não o desejem utilizar todos os dias, e o tadalafil pode ser preferível para aqueles que preferem uma janela de atuação mais prolongada para uma relação sexual bem-sucedida.²⁹ Qualquer um desses medicamentos deve ser tomado algum tempo antes do início da atividade sexual e os preliminares eróticos devem ser particularmente estimulados.⁸

Os efeitos colaterais mais frequentemente referidos costumam ser transitórios e de leve intensidade e incluem as cefaleias (10-15%), rubor (10-20%), dispepsia (10%) e congestão nasal.¹⁰ As suas CI absolutas são a terapêutica concomitante com nitratos, a angina instável, o AVC e o EAM recentes, a retinite pigmentosa e a insuficiência hepática grave.⁸ Os fármacos desta classe devem ser usados cautelosamente em homens com alterações da forma do pénis, história de hipotensão ortostática, doença renal ou hepática grave, uso concomitante de certos medicamentos antivirais e antifúngicos e doenças que aumentem o risco de priapismo, como o mieloma múltiplo e a leucemia.¹²

Apesar dos inibidores da PDE5 facilitarem o manejo da DE ao nível dos CSP, a adesão a estes ainda é baixa, quer por parte dos doentes, dos quais cerca de 50% descontinuam o seu uso rapidamente, quer por parte dos MF, que nem sempre se sentem confortáveis e confiantes em relação à abordagem desta patologia.³⁰ A este nível é também fundamental o papel do MF ao explicar os possíveis efeitos secundários que possam surgir e ao educar o seu utente relativamente ao correto manuseamento deste tipo de medicação, contribuindo para uma melhor adesão farmacológica.

Outra opção de tratamento é a aplicação tópica ou intrauretral de prostaglandina E1 - alprostadil (Vitaros®) – considerada uma terapêutica de segunda linha aprovada pela FDA.^{18, 25}

Ainda dentro das terapêuticas consideradas de 1ª linha, que podem ser prescritas por qualquer médico, incluindo o MF, referimos o dispositivo de ereção por vácuo. Este trata-se de um cilindro de plástico transparente no qual o pénis é introduzido para poder ser submetido a uma pressão negativa, provocada pela ação de uma bomba manual ou elétrica,

que faz com que o sangue ocorra para o interior dos corpos cavernosos, desencadeando uma ereção.⁸ É natural que o artificialismo do método possa constituir uma limitação à sua utilização, nomeadamente na população idosa, na qual a sexualidade apresenta características específicas.

A psicoterapia é também uma opção de tratamento destas situações e tem-se mostrado eficiente para o alívio dos sintomas quando o diagnóstico médico exclui causas orgânicas.¹⁰

Para além do referido já anteriormente, cabe também ao MF reconhecer a disfunção erétil no idoso e referenciar para os Cuidados de Saúde Secundários sempre que necessário, nomeadamente quando:

- Disfunção erétil de longa duração ou refratária ao tratamento;
- Desconhecimento ou dúvidas no aconselhamento a curto prazo;
- Doença orgânica grave;
- Uso de medicação do âmbito da Urologia que não possa ser suspensa;
- História de traumatismo pélvico ou doença de Peyronie concomitante.²⁷

Para além das situações referidas anteriormente, pode ser necessário referenciar para os CSS, nomeadamente para a Cardiologia, quando se tratam de utentes com forte história familiar ou risco severo de DCV, para avaliar a segurança da utilização do tratamento farmacológico de 1ª linha nestes utentes.²⁷

Outras terapêuticas, que já saem do âmbito de atuação do MF, mas que poderão também ser uma opção para o tratamento da DE no idoso incluem: terapêutica intracavernosa, terapêutica intrauretral, técnicas de cirurgia venosa (ex: laqueação da veia dorsal profunda do pênis e das suas colaterais e laqueação das veias dorsais superficiais), técnicas de cirurgia arterial (ex: angioplastia transluminal percutânea e revascularização direta dos corpos cavernosos) e implantação de próteses penianas.⁸ Esta última opção de tratamento, considerada de 3ª linha, está reservada para os doentes que não obtiveram resposta com os tratamentos anteriores ou para quem prefere uma solução definitiva.³¹

CONCLUSÃO

É fundamental não esquecer que a sexualidade influencia a nossa saúde física, mental e emocional, e o período de envelhecimento não é exceção. Torna-se então imprescindível que, através da sua abordagem holística e longitudinal, o MF esteja apto e recetivo a abordar questões relacionadas com a sexualidade, nomeadamente a disfunção erétil no idoso. Apesar da prevalência das disfunções sexuais, incluindo a disfunção erétil, aumentar ligeiramente com a idade nos homens idosos saudáveis,⁶ não podemos deixar de salientar que a multicomorbilidade é uma realidade crescente entre a população idosa que recorre aos CSP e que a sexualidade continua a ser tida como um dos aspetos importantes para a qualidade de vida global, para a maioria dos homens que constitui esta faixa etária.

É fundamental para a saúde dos seus utentes idosos que o MF esteja recetivo à abordagem da vivência sexual nesta faixa etária, questionando-os rotineiramente acerca da sua atividade sexual e oferecendo-lhes ajuda para ultrapassar as dificuldades que possam surgir neste âmbito. Não devemos esquecer que muitos idosos podem assumir os seus problemas sexuais como parte integrante do seu envelhecimento e não como um assunto médico, abstendo-se de o abordar junto do seu médico.

Para além disso, é frequente que os homens idosos tenham a expectativa de que o médico lhes ofereça a avaliação das possíveis causas envolvidas e das várias opções terapêuticas, mas raramente procuram este tipo de ajuda ativamente. Torna-se então fundamental a avaliação da sexualidade e a procura ativa, por parte do MF, da possível existência de DE no utente idoso. Esta avaliação deve ser realizada de forma holística, incluindo os fatores de risco CV que possam estar implicados, averiguando o grau de preocupação do utente com o problema sexual em causa, o impacto que este possa estar a ter na sua qualidade de vida e o interesse deste em resolvê-lo, mesmo que junto de outro profissional com formação na área da Urologia ou Sexologia. Ou seja, é fundamental avaliar as verdadeiras expectativas que o idoso coloca relativamente à disfunção e ao seu tratamento, de forma a poder ir ao encontro das mesmas.

O tratamento da DE no idoso deve ser feito de uma forma multidisciplinar, podendo o MF realizar a avaliação inicial e o tratamento de 1ª linha, tendo em conta as comorbilidades frequentes nesta faixa etária e, sempre que necessário, encaminhar para o urologista, andrologista, psiquiatra, sexólogo ou psicólogo, para uma investigação etiológica adicional e para um tratamento diferenciado.

Portanto, a DE é uma condição multifatorial e, como tal, a sua prevenção e tratamento exigem uma abordagem multidisciplinar, sem nunca descurar as verdadeiras expectativas do utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vilarim Barbosa Y, Crislândia Freire de Almeida M, de Souza Silva A, Lúcia dos Santos V. Sexualidade e disfunção erétil na terceira idade: uma revisão bibliográfica. VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano.
2. Lima PM, Battestin B, Ferreira SH, et al. Disfunção erétil no homem idoso. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*. March 2016:128-134.
3. Pires C. Explore a sua sexualidade . In: Ribeiro O, Paúl C, eds. *Manual de Envelhecimento Ativo* . Vol 2. 2a. Lisboa : Lidel; 2018:128-155.
4. Santos A, Mendes J. Função erétil e qualidade de vida. In: *Disfunção Erétil - Compreender e Tratar* . Lisboa : Apoio científico das Sociedades Portuguesas de Sexologia Clínica e de Andrologia; 2014:69-73.
5. Smith L, Yang L, Veronese N, Soysal P, Stubbs B, Jackson S. Sexual Activity is associated with greater enjoyment of life in older adults. *Sexual Medicine*. 2019;7(11):11-18.
6. Geerkens M, Al-Itjawi H, Nieuwenhuijzen J, et al. Sexual Dysfunction and Bother due to Erectile Dysfunction in the healthy elderly male population: prevalence from a systematic review. *European Urology Focus*. March 2019:1-15.
7. Vendeira P, Pereira N, Tomada N, Carvalho J. Epidemiologia das Disfunções Sexuais Masculinas em Portugal . In: *Sexologia Médica* . Lisboa : Lidel ; 2014:339-347.
8. Pereira N. Disfunção Erétil . In: Pereira N, ed. *Sexologia Médica*. Lisboa : Lidel; 2014:277-301.
9. Santos P. Disfunção erétil - definição, epidemiologia e etiologia . In: Barros F, Figueiredo R, eds. *Manual de Medicina Sexual - Visão Multidisciplinar* . Lisboa : HSJ Consultores; 2014:67-75.
10. Biff Sarris A, Caroline Nakamura M, Gustavo Rachid Fernandes L, Luiz Staichak R, Ferreira Pupulim A, Passos Sobreiro B. Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão. *Rev Med*. 2016;95(1):18-29. doi:10.11606/issn.1679-9836.v95i1p18-29
11. Fonseca G, Fonseca F. Disfunção Sexual em Homens . In: Porto C, Porto A, eds. *Clínica Médica Na Prática Diária*. 1a edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2016:850-852.
12. Agronin M. Sexual dysfunction in older adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-older-adults/print>. Published March 2021..
13. EAU-Guidelines-on-Male-Sexual-Dysfunction-2019.
14. Štulhofer A, Hinchliff S, Jurin T, Hald GM, Træen B. Successful Aging and Changes in Sexual Interest and Enjoyment Among Older European Men and Women. *Journal of Sexual Medicine*. 2018;15(10):1393-1402. doi:10.1016/j.jsxm.2018.08.011
15. Wolf J, Derezinski T, Szyndler A, Narkiewicz K. Prevalence and characteristics of OSAFED syndrome in atrial fibrillation primary care patients. *Kardiologia Polska*. 2017;75(5):432-438. doi:10.5603/KP.a2017.0023
16. Irwin GM. Erectile Dysfunction. Primary Care - Clinics in Office Practice. 2019;46(2):249-255. doi:10.1016/j.pop.2019.02.006
17. Costa C. Endotélio Vascular e Função Erétil . In: Pereira N, ed. *Sexologia Médica*. Lisboa: Lidel; 2014:261-276.
18. Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. Erectile dysfunction. *Nature reviews Disease primers*. 2016;2:16003. doi:10.1038/nrdp.2016.3
19. Ferron M, Junior A. Problemas da Sexualidade . In: Gusso G, Lopes J, eds. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade* . Vol I. 2a. Porto Alegre: Artmed Editora Lda; 2012:741-746.
20. Miner MM. Men's health in primary care: An emerging paradigm of sexual function and cardiometabolic risk. *Urologic Clinics of North America*. 2012;39(1):1-23. doi:10.1016/j.ucl.2011.09.003
21. Palmas A. Diagnóstico da Disfunção Erétil. In: Barros F, Figueiredo R, eds. *Manual de Medicina Sexual - Visão Multidisciplinar* . Lisboa: HSJ Consultores; 2014:77-79.
22. Lo WH, Fu SN, Wong CKH, Chen ES. Prevalence, correlates, attitude and treatment seeking of erectile dysfunction among type 2 diabetic Chinese men attending primary care outpatient clinics. *Asian Journal of Andrology*. 2014;16(5):755-760. doi:10.4103/1008-682X.127823
23. Romero Otero J, García Gómez B, Medina Polo J, et al. The Brief Sexual Symptom Checklist as a Screening Tool for Sex-Related Problems in the Primary Care Setting: Focus on Erectile Dysfunction. *Urologia Internationalis*. 2018;101(1):98- 105. doi:10.1159/000489014
24. Vieira CSA. A disfunção erétil no idoso: Marcador de Risco Cardiovascular - Artigo de revisão. March 2015.
25. Hatzimouratidis K, Giuliano F, Moncada I, Muneer A, Salonia A, Verze P. EAU GUIDELINES ON MALE SEXUAL DYSFUNCTION: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation.; 2018.
26. Nehra A, Jackson G, Miner M, et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clinic Proceedings*. 2012;87(8):766-778. doi:10.1016/j.mayocp.2012.06.015
27. Irwin GM. Erectile Dysfunction. Primary Care - Clinics in Office Practice. 2019;46(2):249-255. doi:10.1016/j.pop.2019.02.006
28. Infarmed. *Prontuário Terapêutico On-line*.
29. Smith WB, McCaslin IR, Gokce A, Mandava SH, Trost L, Hellstrom WJ. PDE5 inhibitors: Considerations for preference and long-term adherence. *International Journal of Clinical Practice*. August 2013:768-780.
30. Costa P, Grandmottet G, Mai HD, Droupy S. Impact of a first treatment with phosphodiesterase inhibitors on men and partners' quality of sexual life: Results of a prospective study in primary care. *Journal of Sexual Medicine*. 2013;10(7):1850-1860. doi:10.1111/jsm.12186
31. Graça B. Disfunção Erétil - Tratamento médico-cirúrgico. In: Barros F, Figueiredo R, eds. *Manual de Medicina Sexual - Visão Multidisciplinar* . Lisboa : HSJ Consultores; 2014:81-87.

Exercício físico no envelhecimento

Evidência e diretrizes práticas

Joana Carvalho^{1,2}, Marta Taveira², Duarte Barros¹

¹ CIAFEL - Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer, Porto, Portugal;

² Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno global que preocupa as sociedades modernas devido ao potencial impacto nos sistemas de saúde e economias. Segundo os dados estatísticos do *World population ageing 2019*¹, em 2019, existiam cerca de 703 milhões de indivíduos com 65 anos ou mais, sendo esperado que este número duplique até 2050. Concomitantemente, recentes projeções na população com 80 anos ou mais apontam para um aumento exponencial para 426 milhões de pessoas em 2050.

Este panorama demográfico, delimitado pelo persistente declínio da taxa de natalidade e incremento significativo da esperança média de vida durante as últimas décadas, é estruturalmente visível na pirâmide populacional dos estados membros da União Europeia. Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa, sendo que em 2019, a população adulta mais velha representava aproximadamente 22.4% da população residente, estando projetado um aumento significativo para 27% até 2050¹.

O envelhecimento é assim o desafio do século 21, uma vez que ao aumento da longevidade, deve corresponder um retardamento dos efeitos negativos do envelhecimento na funcionalidade dos indivíduos e consequentemente permitir a manutenção da sua qualidade de vida (QV), associada à melhor saúde e bem-estar². Deste modo, é de notar-se o crescente interesse, por parte de investigadores de diferentes ramos do conhecimento pelo bem-estar, saúde e QV dos adultos mais velhos. Advogam-se iniciativas que procurem garantir que o aumento da longevidade ocorra em paralelo com o preenchimento desses anos adicionais com uma boa saúde, funcionalidade e sentido de autorrealização, de forma a que o idoso possa ser o mais autónomo possível no seu

dia a dia³. Assim, o objetivo dos profissionais de saúde passa não apenas por alterar a trajetória da sobrevivência humana, para que a maioria dos indivíduos possa viver longas vidas, mas, fundamentalmente por perceber de que forma um conjunto de fatores modificáveis, como a nutrição e o nível de atividade física (AF), entre outros, podem contribuir para um envelhecimento mais saudável⁴.

A AF pode ser descrita como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos que resulte num gasto energético e inclui o exercício físico (EF), as atividades básicas, ocupacionais, de lazer e o transporte ativo⁵. Os benefícios na saúde associados à prática regular da AF encontram-se bem descritos na literatura⁶. No caso de adultos mais velhos fisicamente ativos, estes apresentam risco reduzido de mortalidade por todas as causas, fraturas, quedas recorrentes, cancro da próstata e da mama, incapacidade funcional, declínio cognitivo, demência, doença de Alzheimer e depressão. Os resultados de alguns estudos apontam mesmo para melhorias na QV e na função cognitiva⁷.

Assim sendo, do ponto de vista de saúde pública, um aumento na AF formal e não formal pode vir a ser uma estratégia preventiva e interventiva efetiva, tanto para o indivíduo como para as sociedades⁸, através de programas regulares de EF como um elemento chave para um estilo de vida saudável, ativo e independente.

No entanto e apesar dos benefícios descritos, os adultos mais velhos são o segmento populacional menos ativo, chegando a passar entre 65% a 80% do seu estado de vigília em comportamento sedentário⁹. De acordo com Gomes, Figueiredo, Teixeira, Poveda, Paúl, Santos-Silva and Costa¹⁰, a prevalência média de inatividade em indivíduos com 55 anos ou mais, em 16 países europeus, é de 12.5%, sendo

Portugal o país que apresenta maior percentagem de inativos (29%).

Não só a inatividade física é um fator de risco importantíssimo para as principais doenças não-transmissíveis sendo, por essa via, responsável por 7.2% e 7.6% da mortalidade por todas as causas e por doença cardiovascular, em todo o mundo, como também é responsável pelos elevados custos em termos de saúde pública e consequente sobrecarga económica^{11,12}. Assim torna-se urgente definir medidas, iniciativas e intervenções, no sentido de reduzir os comportamentos sedentários e aumentar os níveis de AF desta população¹³.

Entre outros, a AF surge como elemento potenciador da QV na população idosa, na medida em que, para além dos aspetos diretamente relacionados com a saúde, o nível de independência funcional e autonomia nas atividades de vida diária, estão dependentes de um bom desempenho motor, tornando a prática regular de AF determinante. O efeito da AF no envelhecimento e nas doenças crónicas encontra-se fundamentalmente associada com a atenuação das alterações adversas na composição corporal e consequentemente na redução de fatores de risco das diferentes patologias características da sociedade moderna¹⁴.

No caso particular dos adultos mais velhos, as estratégias para aumentar os níveis de AF, podem passar pela promoção de estilos de vida mais saudáveis, incorporando atividades que devem ser interessantes e motivadoras, mas também adaptadas, acessíveis, seguras e facilmente integradas nas rotinas do dia-a-dia, no sentido de reduzir o sedentarismo. Apesar da sensibilização, fatores como o desinteresse, a falta de energia, dores nas articulações, dificuldades no transporte para as sessões de EF e dúvidas relacionadas com os benefícios asso-

ciados ao EF, tendem a ser dissuasores / barreiras à participação desta população à prática regular de AF¹⁵.

Diretrizes metodológicas de EF na população adulta mais velha

A resposta à questão de qual o tipo e de qual a quantidade de AF necessário para obter os desejados benefícios para a saúde e funcionalidade é de enorme importância, quer na perspectiva individual, quer na de saúde pública. A comunidade científica tem tentado fornecer linhas orientadoras e recomendações gerais para a dose de AF apropriada para estes objetivos¹⁶. O EF surge como uma estratégia para aumentar os níveis de AF dos indivíduos, tendo um papel não farmacológico fundamental na gestão de condições e síndromes geriátricas, sendo mesmo apelidado de "Exercise is medicine"¹⁷. A dose de EF é geralmente definida pela frequência, intensidade e a duração das sessões, e, pela consequente quantidade e volume de atividade por semana, devendo ser ajustada e individualizada considerando os fatores de risco, historial médico, limitações músculo-esqueléticas, tolerância e preferência subjetiva¹⁸.

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde atualizou as recomendações de AF para população adulta mais velha, sendo que cada indivíduo deve procurar acumular 150–300 min de AF moderada ou 75–150 min de AF vigorosa ou uma combinação equivalente de ambas as intensidades de atividade aeróbia por semana¹³. A evidência demonstra que maiores níveis de AF em qualquer intensidade e a redução do tempo sedentário se encontram fortemente associados a benefícios na redução da mortalidade prematura¹⁹, pelo que advoga-se cada vez mais, que todos os minutos contam¹³. Adicionalmente, evidência de qualidade moderada sugere benefícios na participação de atividades de fortalecimento muscular duas ou mais vezes por semana envolvendo grandes grupos musculares e três ou mais sessões de exercícios multicomponente, de forma a melhorar a capacidade funcional e a reduzir o risco de quedas¹³.

De um ponto de vista racional, o treino multicomponente parece ser o mais indicado, mesmo em populações mais fragilizadas. Uma atividade

de simples como levantar da cadeira, requer força e potência, sendo que a manutenção em bipedestação requer equilíbrio e a mobilização em qualquer distância requer capacidade cardiorrespiratória¹⁸. Neste sentido, este tipo de treino permite treinar as diversas capacidades em sequência. Adicionalmente, pela sua ampla aplicação e exequibilidade, quer em estruturas residenciais para adultos mais velhos, quer em programas para residentes na comunidade, os programas de treino multicomponente têm sido recomendados pelas atuais diretrizes de EF para adultos mais velhos^{13,18}.

Treino multicomponente

Baker, Atlantis and Fiatarone Singh²⁰ definiram treino multicomponente como sendo aquele que engloba as seguintes capacidades: i) muscular (treino força/resistência de força e flexibilidade); ii) cardiorrespiratória (treino aeróbio/resistência cardiorrespiratória) e iii) equilíbrio (treino de equilíbrio/estabilidade corporal). Em concordância com Baker, Atlantis and Fiatarone Singh²⁰ são variadíssimas as atividades passíveis de serem apresentadas a este escalão etário, desde a dança e jogos tradicionais, até exercícios localizados de reforço muscular, passando pelas atividades aquáticas, caminhada, exercícios de flexibilidade, equilíbrio, coordenação (velocidade de reação e movimento), exercícios respiratórios e de relaxamento, sendo que a forma ideal de trabalho é a combinação das diferentes atividades.

Genericamente, embora possam existir variações ocasionais em função da variável estudada, o treino multicomponente baseia-se na inclusão de:

Um período de aquecimento de cerca de 10 minutos incluindo caminhada lenta, exercícios calisténicos e de alongamento. A inclusão em todas as sessões de treino de um período de aquecimento é recomendado pelo ACSM²¹, sendo particularmente importante para os adultos mais velhos que são mais suscetíveis a lesões músculo-esqueléticas e com maior risco de eventos cardíacos induzidos pelo stress do exercício;

i) Um período dirigido para a componente da **aptidão cardiorrespiratória**, de natureza aeróbia, realizado 3-5 dias por semana durante

20-40 minutos, incluindo uma variedade de exercícios ritmados que envolvam grandes grupos musculares (como caminhar, dançar, subida de degraus, coreografias em plataformas de step e nadar) executados de forma contínua ou intervalada com uma intensidade moderada (55-70% da frequência cardíaca de reserva ou 12-14 da Escala Subjetiva de Esforço de Borg (ESE)^{18,21};

ii) Um trabalho progressivo de **reforço muscular**, em 2-3 dias por semana, durante cerca de 20 minutos, realizando 1-3 séries de 8-10 exercícios por sessão com 8 a 12 repetições, iniciando a 30-40% de 1-RM e progredindo para cargas superiores entre 60-80% de 1-RM (ou 15-18 ESE), estimulando os principais grupos musculares usando o peso do próprio corpo, bandas elásticas e pesos livres, contemplando um período de repouso entre séries de 60 a 180 segundos^{18,21};

iii) Exercícios que melhorem o **equilíbrio e agilidade** (2-3 dias por semana), iniciando com 1-2 séries de 4-10 exercícios do tipo estático (progredindo na sua complexidade e base de sustentação) e dinâmico (caminhando, por exemplo, de diferentes formas) realizados com bastões, bolas, plataformas de instabilidade, etc. durante 10-15 minutos¹⁸;

iv) No final da sessão, terminar com um período de **retorno à calma** envolvendo caminhada lenta, exercícios respiratórios e de alongamento (realizando 3 a 4 repetições dos grupos musculares da zona superior e inferior do corpo, em todas as sessões de EF, mantendo o estiramento no ponto de ligeiro desconforto durante 10 a 60 segundos)²¹.

De um modo geral, este tipo de programas são eficazes na atenuação do declínio da aptidão física e funcional dos adultos mais velhos²²⁻²⁵. A continuidade a longo prazo do treino multicomponente está associado à manutenção da capacidade funcional, redução temporária da fragilidade e retardamento da institucionalização de adultos mais velhos residentes na comunidade²⁶. Estudos recentes apontam ainda para a eficácia e efetividade deste tipo de treino em adultos mais velhos hospitalizados, promovendo a melhoria da função fi-

sica, potência e força muscular, mesmo em sujeitos mais fragilizados que apresentam declínio cognitivo^{27,28}. Da mesma forma, este tipo de treino parece melhorar a capacidade funcional de sujeitos com diagnóstico de demência²⁹, melhorando indiretamente a sua QV³⁰.

CONCLUSÃO

A prática regular de EF na população adulta mais velha poderá reduzir indiretamente a necessidade de serviços de saúde e atenuar a sobrecarga económica que o sedentarismo instiga atualmente ao sistema de saúde, ao potenciar a sua funcionalidade e melhorar o seu estado de saúde. Assim, sob pontos de vista, comunitário e institucional, torna-se urgente a implementação de programas de EF dirigidos ao desenvolvimento da aptidão física geral do idoso, ajustados às características da população alvo, em concordância com os princípios gerais do treino desportivo, e que seja alegre e motivante para que daí resulte a sustentação da prática regular de AF/ EF e gosto pela prática.

BIBLIOGRAFIA

- UN PD. *World population ageing, 2019 :highlights*. Vol. no. 430. 2019. 9789211483253 9789210045537 (e-ISBN). 2019. <https://digitallibrary.un.org/record/3846855/files/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Spirduso W, Francis W, Karen L, MacRae PG. *Physical Dimensions of Aging*. 2nd ed. Human Kinetics Publishers 2005.
- World Health Organization. *World report on ageing and health*. World Health Organization; 2015.
- Michel JP, Dreux C, Vacheron A. Healthy ageing: Evidence that improvement is possible at every age. *European Geriatric Medicine*. 2016;07/01/2016;7(4):298-305. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.04.014>
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. Mar-Apr 1985;100(2):126-131.
- Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(6):801-809. doi:10.1503/cmaj.051351
- Cunningham C, R OS, Caserotti P, Tully MA. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scand J Med Sci Sports*. May 2020;30(5):816-827. doi:10.1111/sms.13616
- Simpson ME, Serdula M, Galuska D, et al. Walking trends among U.S. Adults: the behavioral risk factor surveillance system, 1987-2000. *American Journal of Preventive Medicine*. 2003;25(2):95-100.
- Harvey JA, Chastin SF, Skelton DA. How Sedentary are Older People? A Systematic Review of the Amount of Sedentary Behavior. *J Aging Phys Act*. Jul 2015;23(3):471-87. doi:10.1123/japa.2014-0164
- Gomes M, Figueiredo D, Teixeira L, et al. Physical inactivity among older adults across Europe based on the SHARE database. *Age Ageing*. Jan 20 2017;46(1):71-77. doi:10.1093/ageing/afw165
- Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee I-M. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *British Journal of Sports Medicine*. 2021;bjsports-2020-103640. doi:10.1136/bjsports-2020-103640
- Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *The Lancet*. 2016;388(10051):1311-1324. doi:10.1016/S0140-6736(16)30383-X
- Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*. 2020;54(24):1451-1462. doi:10.1136/bjsports-2020-102955
- Langhammer B, Bergland A, Rydwick E. The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *BioMed research international*. 2018;2018:7856823-7856823. doi:10.1155/2018/7856823
- Crombie IK, Irvine L, Williams B, et al. Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age and Ageing*. 2004;33(3):287-292. doi:10.1093/ageing/afh089
- Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*. Aug 2007;39(8):1435-45. doi:10.1249/mss.0b013e3180616aa2
- Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. Dec 2015;25 Suppl 3:1-72. doi:10.1111/sms.12581
- Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *The journal of nutrition, health & aging*. 2021;07/01 2021;25(7):824-853. doi:10.1007/s12603-021-1665-8
- Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, et al. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *BMJ*. 2019;366:l4570. doi:10.1136/bmj.l4570
- Baker MK, Atlantis E, Fatarone Singh MA. Multi-modal exercise programs for older adults. *Age Ageing*. Jul 2007;36(4):375-81. doi:10.1093/ageing/afm054
- American College of Sports Medicine. *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 11th ed. Wolters Kluwer; 2021.
- Borges-Machado F, Silva N, Farinatti P, Poton R, Ribeiro Ó, Carvalho J. Effectiveness of Multicomponent Exercise Interventions in Older Adults With Dementia: A Meta-Analysis. *The Gerontologist*. 2020;61(8):e449-e462. doi:10.1093/geront/gnaa091
- Carvalho J, Marques E, Soares JM, Mota J. Isokinetic strength benefits after 24 weeks of multicomponent exercise training and combined exercise training in older adults. *Aging Clin Exp Res*. Feb 2010;22(1):63-9. doi:10.1007/bf03324817
- Cadore EL, Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Res*. Apr 2013;16(2):105-14. doi:10.1089/rej.2012.1397
- de Labra C, Guimaraes-Pinheiro C, Maseda A, Lorenzo T, Millán-Calenti JC. Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatr*. Dec 2 2015;15:154. doi:10.1186/s12877-015-0155-4
- Oh G, Lee H, Park CM, et al. Long-term effect of a 24-week multicomponent intervention on physical performance and frailty in community-dwelling older adults. *Age Ageing*. Nov 10 2021;50(6):2157-2166. doi:10.1093/ageing/afab149
- Sáez de Asteasu ML, Martínez-Velilla N, Zambom-Ferraresi F, et al. Physical Exercise Improves Function in Acutely Hospitalized Older Patients: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *J Am Med Dir Assoc*. Jul 2019;20(7):866-873. doi:10.1016/j.jamda.2019.04.001
- Cadore EL, Sáez de Asteasu ML, Izquierdo M. Multicomponent exercise and the hallmarks of frailty: Considerations on cognitive impairment and acute hospitalization. *Exp Gerontol*. Jul 15 2019;122:10-14. doi:10.1016/j.exger.2019.04.007
- Borges-Machado F, Barros D, Teixeira L, Ribeiro O, Carvalho J. Contribution of a multicomponent intervention on functional capacity and independence on activities of daily living in individuals with neurocognitive disorder. *BMC Geriatr*. Nov 3 2021;21(1):625. doi:10.1186/s12877-021-02591-2
- Borges-Machado F, Barros D, Teixeira L, Ribeiro Ó, Carvalho J. Health-related physical indicators and self-rated quality of life in older adults with neurocognitive disorder. *Quality of Life Research*. 2021/08/01 2021;30(8):2255-2264. doi:10.1007/s11136-021-02828-y

NOTA

Este trabalho foi financiado pela Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (FCT): Projeto "Body & Brain" [POCI-01-0145-FEDER-031808] financiado pelo Portugal 2020, no âmbito do Programa Operacional Competitividade e Internacionalização, Estrutural e Fundos Europeus Estruturais e de Investimento; CIAFEL – Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer [FCT/UIDB/00617/2020]; Bolsa de doutoramento [2020.05911.BD] a DB.

AS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS

Mário Pereira Pinto
SPGG e ISBE

INTRODUÇÃO

Existem 600 milhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo. Em 2025 este número será o dobro, ou seja, 1200 mil milhões. A União Europeia (UE) tinha a 1 de janeiro, uma população de 447 milhões de pessoas, 10,3 deles em Portugal, um declínio anual de 312 mil.

Segundo dados do Eurostat, Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população ativa em 2050. (Portugal 22% e Itália 23%).

O Instituto Nacional de Estatística prevê igualmente que no ano de 2050, um terço da população portuguesa seja idosa e quase um milhão de pessoas tenha mais de 80 anos. Estes cálculos são feitos com base na tendência de envelhecimento da população, resultante do aumento da esperança de vida e da diminuição dos níveis de fecundidade.

O envelhecimento populacional e a saúde do idoso, estão muito relacionados á funcionalidade global. Esta capacidade é definida por dois conceitos diferente a autonomia e a independência.

A saúde do idoso é habitualmente avaliada numa consulta de medicina geriátrica, de medicina interna, ou ainda de medicina geral e familiar, onde é caracterizada com precisão pelo funcionamento harmonioso dos quatro domínios funcionais: a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação.

O conceito de idoso saudável, está ligado á capacidade de funcionar sozinho de forma autónoma e independente mesmo que portador de doenças. Esta capacidade de funcionar é facilmente avaliada pela Aviação Global do Idosos (AGI), particularmente pelas ferramentas existentes disponíveis de avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) usando as escalas de Katz, Lawton e a de Barthel. Estas avaliam o grau de autonomia e independência do individuo idoso.

A autonomia é a capacidade da pessoa de decidir e gerir os seus próprios atos, seguindo as suas próprias regras. Depende da capacidade de decisão relacionada com atividade cognitiva e do humor. A independência é a capacidade de realizar qualquer tarefa através dos seus próprios meios e é a capacidade de execução dependente da mobilidade e da capacidade de comunicação.

A cognição é a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do dia a dia e inclui um conjunto de funções corticais formadas pela memória, função executiva (planeamento, capacidade de antecipação e de gestão de tarefas complexas), linguagem (oral e escrita), praxia, gnosia e função visuo-espacial. Humor é a motivação para processos mentais.

A mobilidade é a capacidade de uma pessoa se deslocar, depende da postura, da marcha da capacidade aeróbia e da continência de esfínteres.

A comunicação é a capacidade de relacionar a capacidade produtiva com o meio ambiente e depende da visão, da audição e da fala. A perda destas funções, contribuem para o aparecimento das grandes síndromes geriátricas, descritos inicialmente por Isaacs, mas que ainda não incluíam a incapacidade de comunicar e a insuficiência familiar nem a fragilidade.

A família é um elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial e na sua ausência pode provocar ou aumentar a perda de autonomia e independência dos idosos

As grandes síndromes geriátricas são definidas como um conjunto de sinais e sintomas, resultantes de uma serie de doenças mais prevalentes nas pessoas com mais de 65 anos, frequentemente com manifestações atípicas subdiagnosticadas e nem sempre controladas quase sempre capazes de originar perda da capacidade funcional e social.

Estas síndromes que estão intimamente ligadas ao envelhecimento malsucedido, partilham entre si características comuns como por exemplo a sua elevada frequência, as suas características sindrómicas com várias apresentações clínicas diferentes, a sua repercussão na qualidade de vida do doente, a possibilidade de poderem ser prevenidos, diagnosticados (através da avaliação integral do idoso) e tratados.

As mais conhecidas dessas síndromes são as 8 I's: Insuficiência cognitiva, Instabilidade postural e quedas, Imobilidade e úlceras de Pressão, Incontinência Urinária, Iatrogenia, Insuficiência da comunicação e Insuficiência familiar. A fragilidade é mais uma das grandes síndromes geriátricas ao qual elegemos como a porta de entrada para o início de um envelhecimento malsucedido e é potencialmente prevenida e tratada.

A saúde do idoso está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Essa capacidade de funcionar sozinho é avaliada por meio da análise das atividades de vida diária, que são tarefas do cotidiano realizadas pelo paciente. A saúde do idoso é determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação.

A perda dessas funções resulta nas grandes síndromes geriátricas que pretendemos abordar de uma forma muito sucinta e alertar os leitores para estes gigantes da geriatria.

1- Insuficiência cognitiva

Etiologicamente a insuficiência cognitiva dividem-se nos quatro Ds: Demência, depressão, delirium dos idosos e Doença mental prévia (esquizofrenia, oligofrenia e parafrenia).

Habitualmente usamos a avaliação geriátrica integral e escalas para o diagnóstico das alterações cognitivas como o Minimal State de Folstein ou o MoCA, o Katz, Lawton e Barthel para o diagnóstico da funcionalidade e Clinical Frailty Scale para a fragilidade cognitiva.

Demência.

Engloba a perda ou redução, durante um período de tempo ou de forma permanente as várias funções superiores que previamente estavam intactas, e também que haja compromisso da funcionalidade.

A Associação Americana de Psiquiatria define genericamente demência como o aparecimento de múltiplos défices cognitivos e disfunção funcional, provocando dependência e diminuição da qualidade de vida. Nos idosos esta é a principal causa de incapacidade, de institucionalização e de diminuição da sobrevivência. As alterações

cognitivas que não apresentem alterações da funcionalidade identificamos como alteração cognitiva ligeira.

Devem ser excluídas as causas reversíveis de demência que representam 5% de todas elas. Usamos a mnemónica TIME para as identificar: Tóxicas (drogas, álcool, metais pesados), Infeciosas (VIH e neuro-sífilis), Metabólicas (deficiência da vitamina B12 e ácido fólico, hipotireoidismo, hiponatremia, Insuficiência hepática e renal) e Estruturais (hidrocefalia de pressão normal, tumores e hematoma subdural).

Para o diagnóstico recomenda-se um exame médico e físico exaustivo, e exames auxiliares de diagnóstico que devem englobar: hemograma, TSH, Vitamina B12, ácido fólico, provas de função hepática e renal, HIV, VDRL, e exames de imagem adequados. Entre 50 a 60 % dos diagnósticos de demências degenerativas, são casos de Demência de Alzheimer (DA), seguida Demência Vascular (DV), Mista, Demência por corpos de Levy e Frontotemporal, que influenciam o prognóstico e respetivo tratamento.

Delirium do idoso.

Este diagnóstico etiológico de delirium (estado confusional agudo) nem sempre é fácil e pode simular ou associar-se á demência ou á depressão. Define-se como um estado neuro-comportamental causado por uma alteração transitória da atividade cerebral, secundária a uma causa orgânica. É uma síndrome de início súbito, autolimitado, que envolve a consciência, alteração da atenção, a cognição, e a percepção que varia ao longo do dia que se agrava com o fim do dia e com o início da noite. Usamos para o diagnóstico a versão portuguesa do Confusional Assessment Method (CAM).

Pode apresentar-se três formas distintas: delirium hiperativo, hipotativo e misto. Entre as causas de delirium encontramos as infeções, medicamentos, internamentos hospitalares (frequência de 30 a 40% dos internamentos) e intercorrências clínicas. O tratamento visa corrigir os sintomas, a causa e nunca usar ou retirar a contenção.

Depressão.

A depressão do idoso deve ser considerada uma depressão major e é quase sempre subdiagnosticada. Dos sintomas fazem parte o humor deprimido, anedonia (diminuição do interesse e prazer na atividade), alterações do sono (insónia ou hipersónia), redução da atenção, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga, culpabilização, pensamento recorrente de morte ou ideação suicida e muitas vezes alteração da capacidade funcional. Bastam 5 destes sintomas para identificar uma depressão major. Por causa da elevada prevalência da depressão do idoso, recomenda-se que todos os idosos sejam identificados usando a escala mais usando a para esta depressão é a escala de depressão geriátrica (GDS) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

2 - Instabilidade postural e quedas

As alterações da mobilidade podem comprometer a independência do individuo idosos. A consequência mais temível da instabilidade são as quedas por levarem ao aparecimento de incapacidade, de diminuição da qualidade de vida, do medo de cair, de institucionalização e de aumento da mortalidade.

São a primeira causa de morte por acidentes nos idosos e nos Estados Unidos são responsáveis por 2,8 milhões de consultas dos serviços de urgência. O risco de quedas triplica nos doentes institucionalizados, na comunidade os indivíduos com mais de 65 anos irão cair pelo menos uma vez por ano e cerca de duas vezes os que tem mais de 80 anos. As quedas são a sexta causa de morte nos

idosos. A fratura do colo do fémur corresponde a 1% das consequências das quedas. A complicação mais frequente das quedas é o medo de cair novamente, que impede o idoso de deambular, aumentando a instabilidade postural, criando um ciclo vicioso da Imobilidade.

O equilíbrio corporal é mantido pela interação entre as informações sensoriais captadas pela visão, entre o sistema vestibular e proprioceptores. As alterações esqueléticas como a fraqueza muscular dos membros inferiores, também podem alterar o equilíbrio.

A avaliação pode ser feita através da escala de Hendrich, associada ou não ao Timed Up and Go (mais de 20 segundos tem risco de queda) e á Velocidade da marcha (4 metros, velocidade inferior a 0,8 m/s risco de quedas).

A prevenção baseia-se eliminar barreiras arquitetónicas, instalar corrimões em casa e casa de banho, iluminar os ambientes, adaptar a altura da cama, diminuir a polifarmácia, alguns medicamentos (antidepressivos triciclos, anticonvulsivantes, anti-inflamatórios, anti hipertensores, diuréticos, bloqueadores alfa, inibidores da enzima de conversão, bloqueadores dos canais de cálcio, antiarrítmicos, amiodarona, verapamil, disopirâmida, antibióticos eritromicina, rifampicina, isoniazida, aminoglicosídeos, cloroquina, hipoglicemias orais e corticoides e gestão da hipotensão ortostática.

3 – Imobilidade e úlceras de pressão

De uma forma simplista a definição de Imobilidade prende-se com qualquer limitação do movimento e esta intrinsecamente ligado com a locomoção do indivíduo no espaço, possibilitando a independência.

A síndrome de imobilização ou imobilidade completa, corresponde ao idoso dependente completo, com défice cognitivo, rigidez, contraturas múltiplas, afasia, disfagia, incontinência dupla, úlceras de pressão e necessita de cuidador definitivamente.

A imobilidade pode classificar-se, segundo a sua duração (aguda ou crónica), segundo o grau de restrição (aguda com limitação de determinados movimentos e absoluta no caso dos acamados) e segundo o seu início pode ser súbito ou progressivo.

A sua avaliação passa pela avaliação geriátrica integral, avaliação da marcha com *timed up and go* e velocidade da marcha, e o exame da mobilidade na cama, a capacidade de rodar, de se sentar e de se por em pé e de se transferir para a cadeira ou para o banho.

As consequências da imobilidade são:

No sistema cardiovascular (hipotensão ortostática, alteração da distribuição do volume de sangue circulante, redução da capacidade aeróbica e risco de trombose venosa profunda); no Sistema pulmonar (redução do volume corrente da capacidade vital, hipersecreção brônquica, tosse ineficaz, atelectasia, pneumonia, embolia pulmonar); sistema digestivo, (anorexia, alterações diatéticas, desidratação, risco de engasgamento, doença de refluxo gastroesofágico e obstipação e empactamento intestinal); no sistema geniturinário (risco de retenção urinária, incontinência, risco de infeção urinária, bacteriúria assintomática, nefrolitíase); na pele (intertrigo dermatite da fralda, escoriações, equimoses, xerostomia, prurido cutâneo, lesões por humidade), redução do tônus muscular e da força muscular 3 a 5 % por dia, encurtamento e atrofia muscular, contraturas e úlceras de pressão). As úlceras de pressão são das consequências mais temíveis da imobilidade, sempre com um tratamento a maioria das vezes imprevisível.

A Direção Geral da Saúde (DGS) recomenda a sua prevenção, da seguinte maneira:

1. *Esclarecer o doente sobre os métodos que se utilizam, explicando todos os passos de modo a que não restem dúvidas. Usar uma linguagem adaptada a cada doente (é importante fornecer a informação escrita, complementando a verbal).*

2. *Proceder a uma avaliação multidisciplinar do doente com ferida.*

3. *É fundamental estabilizar as doenças de base dos doentes portadores de feridas crónicas.*

4. *A decisão terapêutica em cada doente deve ser discutida multidisciplinarmente.*

5. *Monitorizar a evolução da ferida de modo a avaliar a eficácia da abordagem assumida.*

6. *A higiene das mãos é um dos fatores mais importantes na prevenção da transmissão cruzada de microrganismos.*

7. *Avaliar a pele sempre que executar o penso e registar a observação.*

8. *Em qualquer local onde sejam tratados mais do que um doente, os pensos aos doentes com feridas infetadas devem ser realizados em último lugar.*

9. *A expectativa em relação à ferida deve ser discutida entre os profissionais que tratam o doente e partilhada com o mesmo, com os familiares e cuidadores.*

A DGS recomenda ainda a avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão nos doentes, em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente.

A aplicação da Escala de Braden, adaptada para a língua e cultura portuguesa, pode ser usada no domicílio e deve ser realizada durante a primeira visita domiciliária, nos Internamentos Hospitalares, Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos e Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos.

A imobilidade pode ser revertida, prevenida e podem ser tratadas as suas complicações. Para tal é necessária a intervenção da equipa transdisciplinar constituída por fisioterapia, terapia ocupacional, enfermeiro, assistente social, professor de ginástica, médico e outros. O exercício físico em doentes com imobilidade, demonstrou ter benefícios a nível físico, cognitivo e mental, principalmente quando dirigidos individualmente ao indivíduo. Adaptar o ambiente às condições da pessoa na sua residência, parece estimular a autonomia, nomeadamente a eliminação das barreiras arquitetónicas, construção de corrimões, elevadores nas sanitas, adaptar a altura da cama, cadeirões e outras.

4 - Incontinência

A incontinência define-se com a perda involuntária de urina e de fezes. Esta situação clínica constitui um problema de saúde pública, e um problema de higiene e social para a pessoa que dela sofre. Mas a incontinência é a parte mais importante do problema. A sua prevalência aumenta com a idade e varia entre 12,2% em mulheres entre os 60 e 64 anos, e 20,9% naquelas com mais de 85 anos. Nas mulheres com Infecção do Trato Urinário (ITU) a prevalência sobe para 50%.

A incontinência urinária pode ser classificada cronologicamente em aguda (reversível e transitória), crónica (permanente).

Há vários tipos clínicos de incontinência: a funcional (associada à incapacidade de ir à casa de banho por disfunção e incapacidade física cognitiva, por barreiras arquitetónicas e falta de motivação), de stress (perda de urina com o esforço, de por exemplo espirrar e tossir, esforços), de urgência (associada à urgência miccional), mista (associada ao esforço e à urgência) e por transbordamento ou obstrutiva (Bexiga hiperativa, gotejamento ou perda contínua).

Os objetivos do tratamento são melhorar a qualidade de vida do idoso, da família e do cuidador, reduzir a gravidade da incontinência, do número de perdas, e sempre que possível recuperar a continência.

Das medidas gerais a aconselhar destacam-se a revisão terapêutica, intervenção ambiental evitando por exemplo barreiras e medidas higieno-dietéticas, como roupa cómoda, higiene pessoal, alimentação e hidratação (ingestão de líquidos durante a tarde e noite, substâncias excitantes como o café). Mas também usar técnicas para melhorar o comportamento, como melhoria dos músculos pélvicos (exercícios de Keegal), Treino vesical (biofeedback), treino de antecipação e programação da micção e treino de esvaziamento vesical.

A eficácia terapêutica é habitualmente medida pela redução dos episódios de IU e a cura pela ausência da IU, O tratamento farmacológico, cirúrgico e paliativo são também possíveis.

5 - Iatrogenia

Define-se como as alterações patológicas provocadas pela prática médica e corresponde a qualquer prejuízo material ou psíquico causado pelo ato médico.

Doença iatrogénica diz respeito a toda a consequência negativa para o estado de saúde, não intencional, decorrente de qualquer ato médico apropriado.

Má prática clínica corresponde a toda a consequência negativa para o estado de saúde e passível de sanção disciplinar, civil ou criminal, causada, com ou sem intenção, por ação ou por omissão, em desrespeito pela vontade do doente, das indicações ou contra-indicações de qualquer ato médico, cirúrgico ou por deficiente acompanhamento.

Das principais causas de iatrogenia, podemos destacar: Novas técnicas ou procedimentos, Internamentos prolongados, excesso de zelo, inexperiência e complexidade de cuidados, extremos de idade e situações de urgência. O conhecimento dos fatores de risco podem organizar a prevenção desta síndrome que podemos dividir em fatores de risco do doente: características genéticas (citocromo); idade; multimorbilidade; polipragmasia; fatores de risco dos medicamentos: potência inibidora ou indutora; margem terapêutica; ligação às proteínas plasmáticas; dose; novidade terapêutica; fatores de risco da prescrição: prescrição no ambulatório ou internamento, múltiplas fontes de prescrição.

A iatrogenia nos idosos deve ser evitada em virtude da vulnerabilidade da sua fisiologia alterada, das reações adversas associadas aos medicamentos, das intervenções não farmacológicas decorrentes do envelhecimento, da multimorbilidade, da polimedicação e suas interações e das suas incapacidades.

Os idosos estão mais sujeitos à iatrogenia por serem portadores de várias doenças crónicas, por tomarem muitos medicamentos e sofrerem de alterações cognitivas relacionadas por exemplo com a memória e apresentam maior número de doenças crónicas, usam também maior número de fármacos, apresentam alterações do metabolismo, absorção e excreção mais lentas e distribuição do

medicamento no organismo alterada

O perfil do idoso de risco, especialmente sujeito a iatrogenia medicamentosa, corresponde a uma pessoa com mais de 85 anos, tomar 9 ou mais fármacos prescritos, ter baixo peso corporal ou baixo IMC, sofrer de síndrome de fragilidade, diminuição da função renal, reações adversas prévias a medicamentos, ter mais do que 6 problemas crônicos ativos e 12 ou mais doses de medicação por dia.

Sabe-se que quatro em cada cinco doentes têm uma prescrição potencialmente inadequada – (PPI). A PPI diz respeito a terapêuticas usadas com maior frequência ou duração do que o recomendado. Desta forma, o risco de efeito adverso supera o benefício clínico. A PPI inclui a medicação potencialmente inadequada (MPI), ou medicação potencialmente omissa (MPO), que inclui medicação recomendada de acordo com evidências clínicas mais atuais. Existem estudos que associam a MPO a um aumento significativo da mortalidade. (David Counter, 2017) (B. Hill-Taylor BSP, 2015)

Trata-se de uma síndrome com uma prevalência nos Estados Unidos de 13% onde é a 5ª causa de morte

São reconhecidos vários tipos de iatrogenia: a iatrogenia (uso de medicamentos não recomendados no idoso, polifarmácia, alterações da farmacocinética e da farmacodinâmica associadas ao envelhecimento), Internamento hospitalar (Imobilidade, declínio funcional, subnutrição, infecções hospitalares e úlceras de pressão), a iatrogenia da palavra e do silêncio (gestão das más notícias, técnicas de comunicação adequadas, saber ouvir o doente e família e cuidador), o subdiagnóstico (atribuir à idade todas as queixas dos idosos), do pedido de exames auxiliares de diagnóstico desnecessários, da distanásia (prolongamento artificial da vida sem reversibilidade aumentando o sofrimento do doente e família), intervenções desnecessárias, como por exemplo o excesso de reabilitação.

Existem algumas ferramentas disponíveis para a orientação terapêutica e evitar a iatrogenia, São conhecidos os critérios de Beers que contempla 48 fármacos ou classes a evitar nos idosos, 20 doenças ou situações clínicas em que determinados fármacos devem ser evitados, os critérios de Canadá que define três tipos de práticas inadequadas de prescrição de fármacos geralmente contraindicados nos idosos e finalmente os critérios de stopp (Screening Tool of Older Person's Prescriptions)/start (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment).

Os objetivos de STOPP / START, visam fornecer regras explícitas, baseadas em evidência, evitar a medicação potencialmente inapropriada e a medicação potencialmente omissa, melhorar a adequação do medicamento, prevenir eventos adversos a medicamentos e reduzir os custos dos medicamentos.

Das ferramentas que dispomos hoje que nos permitem detetar mais precocemente a presença de PPI, as mais usadas são os critérios de Stopp / Start. Estes foram publicados em 2008 e são amplamente aceites como ferramenta para melhoria da qualidade na prescrição, permitindo identificar a MPI e MPO, ambas associadas a um aumento das reações adversas a fármacos, ao aumento da morbimortalidade e à redução da qualidade de vida. Por esse motivo, os critérios de Stopp / Start devem ser aplicados à população geriátrica existindo estudos que comprovam *outcomes* como a redução da incidência de quedas em idosos, redução de episódios de delirium, redução dos episódios de hospitalização e consequentemente os custos em saúde.

Os cuidados de saúde primários estão, numa posição privilegiada para contribuir para a redução de iatrogenia nos doentes de risco. Por outro lado, a causa mais frequente de MPI é a toma de benzo-

diazepinas por um período de tempo superior a quatro semanas. Efetivamente, para cada MPO após 18 meses, está associada a um aumento relativo na taxa de mortalidade de 36% e de 26% na taxa de internamentos (Wauters M, 2016).

Numa publicação anterior examinando a associação de polifarmácia (ou seja, muitas vezes definida como ≥ 5 medicamentos diários) e hiperpolifarmácia (ou seja, ≥ 10 medicamentos diários) com fragilidade, descobrimos que a polifarmácia é comum em adultos pré-frágeis e frágeis e que pessoas robustas/não frágeis com polifarmácia têm probabilidades significativamente maiores de desenvolver pré-fragilidade em comparação com aqueles não expostos à polifarmácia (Palmer K, Villani ER, Vetrano DL et al, 2019) Essa associação entre polifarmácia, prescrição inadequada e fragilidade tem sido corroborada por diversas revisões sistemáticas que sugerem, mas não comprovam, que a redução da polifarmácia pode prevenir ou melhorar a fragilidade ou aspectos da fragilidade (Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero Á, Inzitari M, Martínez-Velilla N.2018) e (Muhlack DC, Hoppe LK, Saum KU, Haefeli WE, Brenner H, Schöttker B, 2019 Dec)

6 - Incapacidade de comunicação

A habilidade de comunicar é uma característica primordial do ser humano, que lhe permite ter um relacionamento vantajoso com o meio ambiente, trocar informações, propor ideias, expressar sentimentos e manter uma relação continua com o mundo. Os problemas de comunicação no idoso podem provocar perda de independência e de falta de relação com a sociedade, bem como isolamento, diminuição da participação social (funcionalidade), abandono, compromisso da capacidade de execução das decisões tomadas e a dependência do idoso.

As habilidades de comunicação englobam cinco áreas diferentes: linguagem, audição, motricidade oral e da voz (fala) e da visão esta última considerada uma função compensadora.

Cerca de 20 % da população com mais de 65 anos sofre de problemas de comunicação.

7. Insuficiência familiar

A avaliação global do idoso (AGI) deve sempre incluir a dimensão socio familiar e do cuidador. A família é a primeira e principal instituição com a responsabilidade de cuidar do idoso frágil. Por este motivo a equipa transdisciplinar deve privilegiar e centralizar a prestação dos cuidados a esta entidade.

A sociedade atualmente está a passar por um período de transição demográfica e transição epidemiológica de que resulta uma população idosa cada vez mais idosa, sofrendo de multimorbilidades, de risco de dependência, necessitando de cuidados personalizados.

O envelhecimento rápido da população não tem sido acompanhado pelo desenvolvimento socioeconómico desejável apesar dos esforços do governo e autarquias na defesa do bem-estar do idoso. A desestruturação da família resultante das alterações sociais, contribui para que muitos deles, vivam em condições sociais precárias, em habitações limitadas, e principalmente vivem em situações de stress de risco elevado de pobreza, podendo levar à negligência e maus tratos dentro do ambiente familiar.

O envelhecimento demográfico afeta diretamente a família, contribuindo para reduzir a sua capacidade de dar apoio ao idoso. A diminuição da taxa de fecundidade contribuiu para modificar a estrutura familiar. A diminuição do número de filhos, o aumento das necessidades da família, a alteração da estrutura familiar, o trabalho e o êxito das carreiras profissionais, diminui a disponibilidade dos pais de cuidar dos filhos e dos filhos cuidar dos pais. A

participação da mulher no mercado do trabalho, a cultura do individualismo e os conflitos intergeracionais alteram a possibilidade de cuidar no domicílio. As alterações das dimensões da habitação, surgem como uma dificuldade de cuidar das pessoas que sofrem de grandes síndromes geriátricas, como a insuficiência cognitiva, instabilidade postural e quedas, imobilidade, incontinência dos esfíncteres, fragilidade e outros.

A insuficiência familiar é caracterizada por um processo de interação psicossocial de estrutura complexa, com base no baixo apoio social da pessoa idosa e no vínculo familiar alterado. Tem como antecedentes as transformações contemporâneas no sistema familiar, os conflitos intergeracionais, o comprometimento das relações familiares e a vulnerabilidade social da família. As consequências da insuficiência familiar incluem a vulnerabilidade social da pessoa idosa, o declínio da saúde psicológica e funcional, a menor qualidade de vida e o envelhecimento malsucedido.

Assim, é fundamental que haja um despertar de todos os cidadãos, inseridos num núcleo familiar, para o envelhecimento populacional e na possibilidade de poderem refletir sobre o seu papel na dinâmica familiar de cuidar e de cuidador.

A prevenção da insuficiência familiar é um dever da equipa de saúde dos cuidados primários e chamar a atenção dos profissionais de saúde para aumentar a literacia em saúde e fornecer condições para um envelhecimento digno e bem-sucedido.

Respeitar e entender a limitações da família e ajudar a enfrentar as dificuldades, deve ser um dos objetivos da equipa de saúde, ajudando também a procurar as redes locais e nacionais de apoio social, públicas ou privadas e fazer compreender a importância de cuidar do idoso em contexto familiar.

Estas alterações culturais e sociodemográficas, produzem consequências inevitáveis na capacidade de apoio do idoso, e esta fragilidade de apoio familiar, deu origem a esta grande síndrome geriátrica de abordagem muito complexa que é a insuficiência familiar.

8 - Fragilidade

A fragilidade foi definida por Camphell e Buchener em 1997 como a “síndrome biológica de diminuição reserva funcional e de resistência a stress provocado por múltiplos acúmulos de declínios de vários sistemas fisiológicos que dão origem a perda da capacidade homeostática e vulnerabilidade a eventos adversos. A Organização Mundial da Saúde identifica a fragilidade como um “declínio progressivo relacionado à idade nos sistemas fisiológicos que resulta em reservas diminuídas de capacidade intrínseca, o que confere extrema vulnerabilidade a fatores de stress e aumenta o risco de uma série de resultados adversos à saúde”.

A pré-fragilidade é frequentemente descrita como um estado de risco que pode ser evidente antes do início da fragilidade clinicamente identificável (Sezgin, Liew, O'Donovan & O'Caioimh, 2019). O aumento da consciência da pré-fragilidade surgiu como consequência da percepção de que a fragilidade é uma condição dinâmica ao longo de um continuum com transições entre diferentes estados de fragilidade (superior e inferior) ao longo do tempo (O'Caioimh, Galluzzo & Rodriguez-Laso, 2018), e da operacionalização de escalas para mensurar sua gravidade (O'Caioimh, Molloy & Fitzgerald, 2017; Sezgin et al., 2019). Nesse contexto, a pré-fragilidade pode ser considerada como uma forma “prodrómica” de fragilidade (fragilidade prodrómica) semelhante ao comprometimento cognitivo leve (demência prodrómica). Apesar de amplamente utilizado na literatura académica (Sezgin et al., 2019) e cada vez mais na prática clínica, a natureza e o mecanismo da pré-fragilidade como precursor da fragilidade não são totalmente entendidos

(Pujos-Guillot, Petera & Jacquemin, 2018).

A pré-fragilidade é comum em todos os ambientes de saúde; a prevalência global em adultos residentes na comunidade com idade ≥ 65 foi de 41,6% (Collard, Boter & Schoevers, 2012) com taxas variando de acordo com o local, região e abordagem de avaliação (Bandeem-Roche, Seplaki, Huang & al, 2015; Collard et al., 2012; O'Caioimh et al., 2020; Santos-Eggimann, Cuenoud, Spagnoli & Junod, 2009; Siriwardhana, Hardoon, Rait, Weerasinghe & Walters, 2018).

Multimorbilidade, fragilidade e incapacidade são conceitos diferentes. Muitos doentes com multimorbilidade serão também frágeis, mas nem todas as pessoas frágeis podem ser portadoras ou não de multimorbilidades. Habitualmente a fragilidade antecede a incapacidade e a dependência. Assim, qualquer ação para diminuir a fragilidade pode reverter a sua evolução natural para a deterioração funcional e incapacidade. Cerca de 10% da população com mais de 65 anos é frágil, podendo atingir valores de 75% nos indivíduos com mais de 85 anos. Num estudo recente na Rede de Cuidados Continuados de convalescença no norte de Portugal a prevalência foi de 80% (Mário Pereira Pinto, 2020). As pessoas com síndrome de fragilidade têm um risco maior de resultados adversos em relação ao bem-estar físico e mental, risco de infeções, e de iatrogenia, risco de quedas, de internamento hospitalar, de consumo de consultas, de limitação funcional, de institucionalização, de dependência e de morte antecipada. Existem várias ferramentas para diagnóstico da fragilidade e recomenda-se a triagem em todos os idosos com mais de 75 anos, com uma recomendação para a Clinical Frailty Scale (CFS) e Tilburg Frailty Indicator (TFI) por estarem traduzidas e adaptadas culturalmente para Portugal.

Tratar e cuidar um doente frágil tem como objetivo reverter o estado onde o doente se encontra para o estado anterior. A prevenção da fragilidade e o seu tratamento são agora possíveis.

Para além desta prevenção social, o combate à pobreza e exclusão social, também é importante a promoção da atividade física regular e uma combinação de exercícios aeróbicos, de fortalecimento e alongamento muscular, como o Tai chi Chuan. A alimentação também tem um papel muito importante através de uma dieta que contenha alimentos ricos em proteínas, vitaminas, especialmente a vitamina D, leucina e ômega-3. Além disso, deve ser sempre considerada a suplementação de vitamina D, o tratamento de comorbidades e a vacinação para prevenir doenças infecciosas.

CONCLUSÃO

A descrição dos gigantes geriátricos identificados evidencia a importância da realização de Avaliação Geriátrica Integral de todos os idosos com idade superior a 75 anos de acordo com recomendações da NICE. Nesta avaliação integral devem ser usadas índices e escalas adaptadas para a população portuguesa. Caso contrário, não será possível visualizar todos os seus problemas e as inter-relações entre eles. A visão fragmentada do idoso é, indiscutivelmente, uma das principais causas de polifarmácia e iatrogenia que tanto os prejudicam. Os médicos, os enfermeiros, os psicólogos, os nutricionistas, os farmacêuticos, os fisiatras, os fisioterapeutas, os podólogos, os professores de ginástica, os assistentes sociais, os gerontólogos, e todos os profissionais que fazem parte da equipa de saúde, que trabalham com idosos, devem estar habilitados a realizar a sua avaliação multidimensional dos idosos e ficarem atentos à identificação e tratamento das principais síndromes geriátricas, responsáveis pela perda da sua autonomia e independência.

Vacina de dose elevada contra a gripe “está associada a maior eficácia”

Anova vacina de dose elevada contra a gripe, que só chegará a Portugal no outono do próximo ano, tem quatro vezes a dose de hemaglutinina que se utiliza na vacina de dose padrão, o que lhe confere maior eficácia na prevenção de formas graves da doença e na prevenção da mortalidade na população mais idosa, sublinhou Filipe Froes, pneumologista do Hospital Pulido Valente, durante o simpósio “A gripe para além da infeção respiratória – Avanços na prevenção”, que decorreu no passado dia 3 de dezembro, no 41º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia, em Lisboa.

“As metanálises demonstram que esta vacina tem uma eficácia superior nos outcomes analisados nas populações mais idosas, isto é, na redução dos internamentos por gripe, pneumonia, doença cardiovascular ou qual-

quer causa, e eficácia superior na prevenção na mortalidade por gripe ou qualquer causa”, referiu o especialista, acrescentando que a vacina de dose elevada “tem uma eficácia 24% mais elevada na prevenção da gripe confirmada laboratorialmente” e é capaz de “desencadear uma resposta imunológica mais intensa e consistente” comparativamente à vacina de dose padrão.

Esta vacina, já disponível em vários países, e que vai chegar a Portugal a tempo da próxima época gripal, a de 2022/23, reduz em mais de 13% as hospitalizações por pneumonia e gripe, em mais de 8% as hospitalizações por todas as causas e em mais de 18% as hospitalizações por problemas cardiorrespiratórios. “Estes números são importantes. Estamos, com esta vacina, a proteger mais, utilizando melhor os recursos, que por sua vez já estão sobrecarregados

por outras patologias”, destaca Filipe Froes.

O pneumologista lembrou que o que faz diferença na gripe – e também na pandemia de SARS-CoV-2 – não é o tratamento, mas sim a prevenção. “Temos de prevenir. Todos os anos, a gripe infeta, 10% da população adulta e até 30 da população pediátrica, sendo responsável, em todo o mundo, por cinco milhões de casos anuais. É uma doença grave e que afeta sobretudo as crianças, os mais idosos, mas também outras pessoas com doenças crónicas e as grávidas. É uma causa importante de absentismo, perda de produtividade e de pressão sobre os serviços de saúde”, elencou.

Este ano, a vacinação ganha uma importância acrescida devido à fraca circulação do vírus influenza em 20/21, o que diminuiu a “nossa estimulação individual e coletiva, tornando-nos, so-

bretudo as pessoas mais vulneráveis, mais suscetíveis [de contrair o vírus]”. Filipe Froes aponta outros perigos nesta época gripal, como uma menor vigilância epidemiológica da gripe e a exaustão e fadiga pandémicas, que fazem com que as medidas adotadas o ano passado tenham agora menor adesão”. Por outro lado, a infeção concomitante do vírus influenza com o SARS-CoV-2 está associada a um risco de pelo menos o dobro de morte em relação à infeção pelo SARS-CoV-2.

Por tudo isto, é essencial reforçar a mensagem: a vacinação protege os mais vulneráveis da doença grave e da morte e, quando alargada a outros grupos para além da população idosa, onde estão incluídas as crianças e os profissionais de saúde, estamos também a contribuir para a diminuição do risco de transmissão do vírus influenza.

“Vacina de dose elevada previne contra formas graves de gripe”

Ao *SaúdeOnline*, o pneumologista do Hospital Pulido Valente destaca as vantagens da vacina de dose elevada na prevenção das hospitalizações e mortalidade e elenca aqueles que considera serem os três desafios que enfrentamos no contexto da circulação simultânea do vírus influenza e do SARS-CoV-2.



Filipe Froes

Pneumologista do Hospital Pulido Valente

Quais os principais desafios que a gripe levanta a nível do trato respiratório, principalmente a partir dos 60-65 anos?

Estamos em pandemia e temos de encarar os desafios da gripe no contexto da pandemia. Diria que há três desafios: 1º) falta de especificidade diagnóstica, o que significa que temos de testar todas as pessoas com queixas respiratórias sugestivas de gripe, tenham gripe ou Covid-19; 2º) a possibilidade de a infeção gripal permitir o desenvolvimento mais frequente e mais grave da infeção por Covid-19, o chamado conceito “Cavalo de Troia”; 3º) um sinergismo de resposta inflamatória com infeção

concomitante do vírus influenza com o vírus SARS-CoV-2, que podem agravar a evolução da doença e o prognóstico. Estudos da Public Health England, o equivalente à nossa Direção Geral da Saúde em Inglaterra, documentam que a infeção concomitante dos dois vírus está associada a uma duplicação do risco de morte em relação à infeção por SARS-CoV-2.

De que modo é que a vacina contra a gripe de dose elevada pode ser mais efetiva do que a vacina de dose padrão no estímulo do sistema imunitário?

Ao longo do desenvolvimento das vacinas, temos verificado que o

normal é ganharmos eficácia e segurança. A vacina de dose elevada vai nesse sentido, de maneira a permitir que as populações mais vulneráveis tenham maior proteção contra a aquisição da gripe (os dados apontam para uma eficácia relativa a rondar os 24% em relação à gripe confirmada laboratorialmente em comparação com a vacina de dose padrão) e sobretudo prevenção contra formas graves da doença, caracterizadas por internamentos por gripe, pneumonia, doença cardiovascular e, qualquer outra causa e ainda a mortalidade. Temos uma vacina melhor, que protege mais quem mais precisa de ser protegido.

Qual o elo de ligação entre as infeções virais e as doenças cardiovasculares?

“**A**s infeções virais, nomeadamente aquelas que são provocadas pelo vírus influenza, têm um impacto cardiovascular, já comprovado, e que pode resultar em eventos cardíacos major, como o enfarte agudo do miocárdio (EAM) ou o Acidente Vascular Cerebral (AVC)”, salientou Carlos Rabaçal, diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital de Vila Franca de Xira, durante o simpósio “A gripe para além da infeção respiratória – Avanços na prevenção”, que decorreu no passado dia 3 de dezembro, no 41º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia, em Lisboa. Nesse sentido, a vacinação contra a gripe sazonal, particularmente nos grupos de maior risco, “é segura e eficaz, quer em termos de prevenção primária quer secundária”,

destacou o especialista, que começou por recuar mais de um século para demonstrar que a ligação entre eventos cardiovasculares e doença provocada por infeções virais não é nova. “Depois da tragédia que foi a época gripal de 1918/1919, foi verificado, nos anos seguintes, que as épocas gripais culminavam num aumento excessivo da mortalidade, o que, em muitas circunstâncias, tinha a ver com o coração”.

Desde essa altura e até aos dias de hoje, múltiplas linhas de investigação tentaram e continuam a tentar perceber qual a associação entre estas duas patologias: as infeções respiratórias e as doenças cardíacas. “Hoje sabemos que os vírus participam, de forma direta, na génese da e progressão da arteriosclerose aterosclerose, mas

que, de uma forma indireta, têm efeitos na ativação do sistema imunitário e nos fenómenos inflamatórios que desencadeiam os eventos agudos a partir da desestabilização ou ruptura das placas ateroscleróticas”, explicou Carlos Rabaçal.

Vários estudos internacionais revelam que o risco de EAM é 10 vezes superior nos dias seguintes à infeção por influenza e que o risco de ter um AVC é oito vezes superior, mesmo em pessoas saudáveis. Números que, para o cardiologista, devem “suscitar preocupação”. “Também sabemos que a Insuficiência Cardíaca (IC) nova ou agravada, assim como vários tipos de arritmias muito comuns da nossa prática clínica (como a fibrilação auricular) e as miocardiites podem desenvolver-se com grande gravidade”

após uma infeção pelo vírus influenza.

Um estudo realizado em Portugal recentemente, e que contou com o apoio da farmacêutica Sanofi, mostrou que os picos de gripe e hospitalização por gripe coincidem com os picos de hospitalização por enfarte agudo do miocárdio.

“Os picos de gripe ocorrem entre dezembro e janeiro e o pico de internamentos por EAM ocorre na mesma altura. Se tomarmos em conta a época gripal, que decorre de outubro a maio, regista-se um acréscimo de 20% nos internamentos hospitalares por EAM”, detalhou Carlos Rabaçal. Entre os 20 a 25% dos doentes internados com o vírus influenza, têm, no mesmo episódio de internamento, um EAM. A maioria são idosos, sendo a idade média de 72 anos. “Cerca de 70% des-

tes doentes têm comorbilidades como doenças Cardiovasculares (CV) prévias e diabetes. Estes doentes representam maiores custos para o sistema, com internamentos mais prolongados. Cerca de 30% não têm alta [num período normal], necessitando de cuidados de longo-termo”, salientou o especialista. “Podemos afirmar que a

vacinação contra a gripe tem efeito na prevenção primária de doenças cardiovasculares, com uma redução significativa da mortalidade total e da mortalidade CV e por AVC. Com base nesta evidência, as últimas recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia aconselham à prevenção da gripe, através da vacinação, de

modo a prevenir as complicações CV”, lembrou. Em termos de prevenção secundária, uma metanálise, que envolveu mais de 230 mil pessoas, mostrou que a vacinação reduz, de forma significativa, os eventos cardíacos major, bem como a mortalidade CV e total. “Esta evidência é de tal forma impressionante que, quando con-

frontada com estratégias de prevenção secundária pós-EAM não questionadas como o uso de Estatinas e tratamento da HTA, a vacinação para a gripe assume-se como uma estratégia a equacionar sempre no tratamento”, sublinhou Carlos Rabaçal.

“A melhor forma de evitar complicações cardiovasculares em doentes com gripe é aderir à vacinação”

Ao SaúdeOnline, o diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital de Vila Franca de Xira considera que a vacinação contra a gripe “tem um papel insubstituível”. Carlos Rabaçal acredita que há espaço para melhorar as taxas de vacinação entre os doentes não-idosos com comorbilidades, as grávidas e os profissionais de saúde.

Quais os principais impactos cardíacos que podem ser despoletados por uma gripe, principalmente nas pessoas acima dos 65 anos?

A idade comporta o aparecimento de comorbilidades, que têm um peso significativo nas complicações que a gripe pode provocar em indivíduos, que, de uma forma incauta, não se vacinam. Portugal tem uma elevada taxa de vacinação contra a gripe em pessoas com mais de 65 anos. No entanto, em pessoas com doenças crónicas, fora dessa idade, temos uma taxa de vacinação baixa, com muito espaço para melhorar. E são estas pessoas que vão acabar por ter complicações. A melhor forma de evitar as complicações cardiovasculares, entre elas o enfarte agudo do miocárdio (a mais temível), em doentes com gripe, é aderir à vacinação.



Carlos Rabaçal

Diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital de Vila Franca de Xira

Para além do EAM, que outros eventos CV podem estar associadas à gripe?

Para além do EAM, temos as arritmias cardíacas, sendo a mais comum a fibrilação auricular (FA). É um tipo de arritmia com um grande impacto na qualidade de vida dos doentes. Sabemos que as infeções virais podem desencadear a FA e outros tipos de arritmias, mais graves (como as ventriculares), que podem provocar morte súbi-

ta. Temos também o problema das miocardites, de que se tem falado muito por causa da vacinação da Covid-19, também acontecem a seguir a casos de gripe e são sempre dramáticas. Também é muito comum doentes com IC sofrerem um agravamento da sua condição quando começa a estação gripal. Há um conjunto grande de doenças cardiovasculares que sabemos que complicam a gripe.

Qual a importância da vacinação contra a gripe na prevenção de complicações CV

A vacinação tem um papel insubstituível. As pessoas só se vacinam se forem educadas para tal. Primeiro, é necessário termos vacinas em número suficiente. E, muitas vezes, temos de fazer opções. Por exemplo, o grupo dos 60 aos 64 anos, constituído por pessoas ainda não consideradas idosas, tem de ser alertado para procurar junto dos médicos informação sobre a vacinação. Na gripe, mais vale prevenir que remediar – temos armas que são eficazes a prevenir e armas que são menos eficazes a tratar. Quanto mais pessoas se vacinarem, como é o caso das grávidas e dos profissionais de saúde (que ainda não aderem muito a esta vacinação), melhor.

Prémio Comunicação Livre

41.º Congresso da SPGG

Autora: Alexandra Soares¹

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

Instituição: ¹ UCSP S. Miguel - ULS Castelo Branco

QUANDO A CAMA MAGOA ÚLCERAS DE PRESSÃO EM DOENTES ACAMADOS

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 sacrococccígeas (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.

Prémio Poster

41.º Congresso da SPGG

Autor: Alexandre Vasques¹

Co-autor: José Chaves¹

Instituição: ¹ USF Oriente, ACES Lisboa Central

ADINAMIA NA CESSAÇÃO TABÁGICA EM GERIATRIA UMA REVISÃO

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.

Objetivos

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 selecionada 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.

Vitamina D.

“Suplementação na população idosa deve ser feita com colecalciferol”



Miguel Melo

Endocrinologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)
Professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)

O endocrinologista Miguel Melo explicou, no 41.º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia, quais as terapêuticas mais adequadas para indivíduos com insuficiência ou défice de vitamina D, e de que modo estas formulações devem ser administradas.

No último dia do 41.º Congresso da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG), o médico e investigador da FMUC Miguel Melo marcou presença no simpósio “Vitamina D no Idoso em 2021 – Relevância e Segurança”, onde apresentou vários estudos que demonstram os benefícios da suplementação com vitamina D. Estes prendem-se essencialmente com a saúde musculoesquelética, existindo cada vez maior evidência de que a vitamina D tem um papel preponderante na prevenção da doença cardiovascular (DCV), na resposta imunitária às infeções e na prevenção da progressão do cancro em doentes com défice ou deficiência em vitamina D. Segundo o especialista, os valores de vitamina D presentes no organismo são clinicamente monitorizados através do doseamento da paratormona (PTH), exemplificando com um estudo que demonstrou que “na insuficiência de vitamina D há um aumento compensatório da paratormona. O que quer dizer que uma paratormona elevada numa pessoa saudável – até prova em contrário, e partindo do

princípio de que o cálcio está normal – deve-se obviamente à carência de vitamina D.” Isto é denominado por hiperparatiroidismo secundário.”

O clínico explicou que a carência da vitamina D toma proporções mais graves na população idosa, tendo em conta que existem vários fatores de risco que se verificam nesta faixa etária. “Temos o problema da ingestão alimentar; temos o problema da menor exposição solar e sobretudo nas pessoas institucionalizadas isto é um drama; temos o problema da re-

“NA INSUFICIÊNCIA DE VITAMINA D HÁ UM AUMENTO COMPENSATÓRIO DA PARATORMONA. O QUE QUER DIZER QUE UMA PARATORMONA ELEVADA NUMA PESSOA SAUDÁVEL, ATÉ PROVA EM CONTRÁRIO, DEVE-SE À CARÊNCIA DE VITAMINA D”

dução da sintetização cutânea da vitamina D; e depois temos o problema da maior adiposidade, fruto da sarcopenia”, alertou.

Miguel Melo referiu que, segundo a organização médica internacional *Endocrine Society*, são várias as indicações para dosear a vitamina D na população idosa com 25-hidroxivitamina D. “Ou por osteoporose, ou por antecedentes de quedas, ou fraturas assintomáticas, ou porque há obesidade, ou porque há exposição solar insuficiente, ou existem fármacos como os glucocorticoides que vão interferir com a ativação da vitamina D”, chamando ainda à atenção que estas recomendações são elaboradas em países em que existe suficiência de vitamina D, “uma realidade bastante diferente da portuguesa, que tão bem conhecemos”.

Relativamente aos benefícios que a suplementação com vitamina D pode originar, Miguel Melo defende que este é um tema “consensual na literatura” de análise complexa, nomeadamente devido às “próprias condições multifatoriais, bem como o facto de serem realizados ou não doseamentos de vitamina D no início



dos estudos, e a atenção que é dada à seleção de doentes que realmente tenham carência de vitamina D”.

A este respeito, “uma das áreas de investigação mais interessantes, na minha prespetiva enquanto endocrinologista, é a área cardiovascular.” Aqui, tivemos já oportunidade até de apresentar internacionalmente um trabalho sobre a existência de uma relação estreita entre a deficiência de vitamina D, o aumento da paratormona e uma série de consequências adversas na área cardiovascular”, avançou, esclarecendo: “Isto acontece, fundamentalmente, porque a paratormona ativa o sistema renina-angiotensina, e como tal o aumento da paratormona associa-se ao aumento da hormona aldosterona, que não só vai contribuir para o aumento da pressão arterial, por motivos óbvios, mas também para a hipertrofia do músculo cardíaco”.

Outro estudo, referido pelo especialista ao longo da sua apresentação, foi publicado em dezembro de 2021 na revista científica *The Lancet Diabetes & Endocrinology* e esclarece de uma forma conclusiva a questão de ser benéfico suplementar os indivíduos com vitamina D de uma forma global, ou só em casos de deficiência/insuficiência.

“Basicamente o que este estudo tenta caracterizar numa população é a dose-resposta entre a 25-hidroxivitamina D e a sua relação com o risco de doença coronária, acidente vascular cerebral (AVC) e mortalidade global.

E além de fazer uma revisão extraordinariamente extensa de 33 estudos, que incluem mais de meio milhão de pessoas, este faz também uma avaliação da randomização mendeliana em quatro destes estudos, ou seja, a experiência da natureza avaliando o perfil genético daquelas pessoas que cronicamente vão ter ao longo da vida níveis mais baixos de vitamina D”, explicou.

“O que o estudo encontra é uma relação inversa entre doença coronária, AVC e mortalidade, com os níveis de vitamina D, mas isto é verdade, quando está presente deficiência. Ou seja, se observarmos cada intervalo de confiança, isto é fortemente favorável à intervenção por vitamina D na presença de deficiência: por cada 4 ng/mL a mortalidade é reduzida em cerca de 30%. Estamos a falar de uma intervenção com um impacto muito importante para a maior parte das pessoas, mas mais uma vez friso, só vale a pena tratar quem tem falta de vitamina D”, adiantou.

“UM DOS MAIS IMPORTANTES ESTUDOS DOS ÚLTIMOS ANOS FOI O VITAL, QUE PROCUROU AVALIAR A INTERVENÇÃO COM VITAMINA D NA PREVENÇÃO DO CANCRO E DA DOENÇA CARDIOVASCULAR”

Outro estudo, “talvez um dos mais importantes dos últimos anos”, segundo Miguel Melo, foi o VITAL. Esta investigação, liderada pela Universidade de Harvard, procurou avaliar a intervenção com vitamina D na prevenção do cancro e da doença cardiovascular. Sob o ponto de vista metodológico, o estudo foi bem elaborado e as pessoas fizeram doseamentos iniciais de vitamina D, sendo que apenas 7,7% apresentavam deficiência de vitamina D. Ou seja, “esta população mostrou que a suplementação com vitamina D, de uma forma generalizada, não tem benefícios para a saúde”.

Também na área de oncologia “os resultados são muito interessantes”, referiu o médico do CHUC. “Sob o ponto de vista de incidência do cancro, não houve qualquer tipo de alteração ao longo destes curtos anos de seguimento. Mas, se olharmos para a análise que exclui os dois primeiros anos de *follow up* – e convenhamos não vamos nem prevenir cancro, nem alterar radicalmente o *outcome* do cancro com meia dúzia de meses, ou um ano de tratamento com vitamina D – a verdade é que houve uma redução da mortalidade significativa. Este é um *outcome* exploratório, porque obviamente não havia potência estatística significativa suficiente para fazer esta afirmação taxativa, mas para um teste estatístico isto é estatisticamente significativo”, defendeu.

Relativamente às terapêuticas indicadas, o professor catedrático refere que “existem dois consensos com-

pletamente acordados: primeiro, ninguém pode tratar estas pessoas [com níveis deficientes/insuficientes de vitamina D] com exposição ultravioleta, pois os riscos inerentes que tem e os resultados são muito discutíveis. E em segundo lugar, a utilização de suplementos alimentares também não é uma prática adequada, fundamentalmente porque nós nunca sabemos o que é que lá está dentro”.

Tendo estas duas premissas bem assentes, “no fundo podemos administrar às pessoas colecalciferol, ou seja, a vitamina D que em condições naturais é sintetizada na pele ou vem da alimentação”, esclarece.

Segundo o especialista, existem três compostos de vitamina D que podem ser administrados à população: colecalciferol (ou vitamina D3); calcifediol (ou 25-hidroxivitamina D), que é a vitamina D que já sofreu uma hidroxilação a nível hepático; bem como a formulação completamente ativa, o calcitriol (1,25-dihidroxivitamina D).

Miguel Melo demonstrou que o calcifediol “é uma formulação que se liga muito mais às proteínas plasmáticas. O que vai acontecer é que ela vai circular muito mais tempo, mas na realidade não tem atividade biológica porque está ligada à principal proteína de transporte, que é a proteína de ligação da vitamina D. Já no que diz respeito à atividade funcional, acabam por ser perfeitamente idênticas, até porque o colecalciferol vai, fundamentalmente, depositar-se no tecido adiposo onde temos a maior parte das reservas de vitamina D”.

O médico chamou também a atenção para o facto da administração de calcifediol interferir negativamente com a avaliação da vitamina D no organismo. “O doseamento da 25-hidroxivitamina D deixa de ser fiável para avaliar o estado de depleção da vitamina D se nós dermos às pessoas calcifediol. Administrarmos 25-hidroxivitamina D é a mesma coisa que darmos levotiroxina e a seguir basearmo-nos no doseamento da T4 livre, pois o que vai acontecer é que a T4 livre vai aumentar e a TSH estará normal, e estes doentes devem obviamente manter a doses de levotiroxina porque aqui é a TSH que nos dá indicações sobre o estado de reposição da levotiroxina”. A *Endocrine Society*, a Sociedade Americana de Endocrinologistas Clínicos, a Sociedade Internacional de

“SOB O PONTO DE VISTA DE INCIDÊNCIA DO CANCRO, NÃO HOUE QUALQUER TIPO DE ALTERAÇÃO AO LONGO DESTES CURTOS ANOS DE SEGUIMENTO. MAS, SE OLHARMOS PARA A ANÁLISE QUE EXCLUI OS DOIS PRIMEIROS ANOS DE FOLLOW UP, A VERDADE É QUE HOUE UMA REDUÇÃO DA MORTALIDADE SIGNIFICATIVA”



“O COLECALCIFEROL TEM UM EXCELENTE PERFIL DE SEGURANÇA, OU SEJA, TEM UMA CURVA DOSE DE RESPOSTA LINEAR. ISTO QUER DIZER QUE À MEDIDA QUE O COLECALCIFEROL VAI SENDO ADMINISTRADO, OBVIAMENTE A 25-HIDROXIVITAMINA D VAI AUMENTANDO, MAS DE FORMA GRADUAL”

Osteoartrose, a Sociedade Espanhola, bem como o consenso português “todas defendem que a formulação de escolha deverá ser o colecalciferol”.

Isto deve-se ao facto de “ser mais estável, obviamente ter mais dados e ser uma substituição fisiológica que sofre todas aquelas ativações normais, podendo ainda ser feita diária, semanal, quinzenal e mensalmente”, acrescenta.

O especialista realçou o facto, sendo este ponto especialmente importante para os seniores, de o colecalciferol ter um excelente perfil de segurança, ou seja, “tem uma curva dose de resposta linear. Isto quer dizer que à medida que o colecalciferol vai sendo administrado, obviamente a 25-hidroxivitamina D vai aumentando, mas isto é gradual, porque como toda a fisiologia que está em cima da ativação sequencial está mantida, na realidade o risco de toxicidade e de hipercalcemia é muito baixo”, concluiu o especialista.

Está preconizado que se considera a existência de deficiência de vitamina D quando os valores de 25-hidroxivitamina D [25(OH)D] estão situados abaixo dos 20 ng/mL, tendo “toda a gente consequências de saúde adversas se tiver os seus parâmetros abaixo destes valores”.

“Entre os 20 ng/mL e os 30 ng/mL, está provado que há benefícios e se as pessoas tiverem mais de 30ng/mL, o grau de evidência é menor. Nesta franja entre os 20ng/mL e 30 ng/mL nós utilizamos habitualmente a denominação de insuficiência de vitamina D. E aquilo que se considera como estando presente um estado de suficiência de vitamina D é quando temos de níveis de 25-hidroxivitamina D superiores a 30 ng/mL”, explicou.

“Em valores superiores a 50 ng/ml, o risco claramente também começa a aumentar e há vários fatores que podem justificar isso, ou seja, há aqui um intervalo de valores entre os 30 ng/mL e os 50 ng/mL que, sobretudo para a população idosa, parece ser um valor ótimo de vitamina D”, mas todos os casos têm de ser avaliados e doseados individualmente, concluiu. ◻



Abril, 2022

Por medio de la presente, nos dirigimos a ustedes con el fin de invitarlos al **XXII Congreso Mundial de Gerontología y Geriátría (IAGG 2022)** que se desarrollará de manera online del 12 al 16 de junio del 2022.

El Congreso, organizado por la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría (SAGG) y la Asociación Gerontológica Argentina (AGA), es una gran oportunidad para todos los profesionales de múltiples disciplinas relacionadas con el envejecimiento, de actualizar e intercambiar conocimientos y experiencias.

Algunos de los temas que se tratarán son: Ciencias Sociales y del Comportamiento; Ciencias Biológicas; Ciencias de la Salud; COVID – 19; Investigación Social, Política y Práctica; Previsión Social; Gerontología, Urbanización y Diseño para las Personas Mayores; entre otros.

Cabe destacar que el programa, así como toda la información del evento, podrá consultarse en la web <https://iagg2022.org/>

Sería un honor contar con vuestra participación, ya que nuestro compromiso es un gran reto ante tantos cambios y los necesitamos para lograrlos juntos. Además les recordamos que: "La Vejez es el presente de algunos y el futuro de todos".

Agradeciéndole toda su atención,

Lo saluda atentamente

Dr. Félix Eduardo Nallim

Presidente

XXII Congreso Mundial de Gerontología y Geriátría

Prof. Dr. Jose Ricardo Jauregui

Presidente electo

IAGG 2022 - 2026



Event Management
MCI GROUP
Av. Córdoba – 11 º, C1054AAH
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
+5411-5252-9801
IAGG-2022@mci-group.com

Informações Gerais

A **Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia** (RPGG) é propriedade da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG).

A **RPGG** aceita para publicação artigos originais, artigos de revisão, artigos sobre a prática clínica, relatos de casos clínicos, artigos de opinião e outros que possam contribuir para o desenvolvimento da especialidade da Geriatria e Gerontologia em Portugal. Estes artigos são sujeitos a um processo de revisão por pares. Pode ainda conter entrevistas de pessoas de reconhecido valor no desenvolvimento da Geriatria e Gerontologia nacional e internacional.

Os artigos poderão ser redigidos em português, inglês ou espanhol.

A revista segue os princípios éticos de transparência e independência editorial definidos pelo *Comitê de Ética em Publicações - COPE* (<https://publicationethics.org/>) - e as recomendações do *International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE* (<http://www.icmje.org/recommendations/>).

Como parte do processo de submissão na Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPGG), os autores estão obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. O não cumprimento dos requisitos definidos leva à recusa de aceitação dos mesmos ou à recusa da sua publicação.

Recomenda-se aos autores que utilizem a versão eletrónica dos anexos constantes nestas normas, disponíveis no sítio da internet da RPGG, quando pretenderem submeter um manuscrito

Este documento expõe a última versão das normas de apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPGG)¹, e não está protegido por direitos de autor, podendo ser copiado, reimpresso ou distribuído eletronicamente sem autorização.

Instruções para os Autores

A contribuição deve ser original e inédita

e não se encontrar sob revisão ou para publicação por outra revista.

Qualquer artigo submetido para publicação na RPGG deverá cumprir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Médicas, redigidos pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas e com os documentos incluídos na rede EQUATOR⁵ (Enhancing the Quality and Transparency of Health Research).

Os ficheiros para submissão devem ser em formato *Microsoft Word*, *OpenOffice* ou *RTF* (a dimensão não deve ultrapassar 2MB).

URLs ou DOI usados nas referências devem ser fornecidos quando disponíveis.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Instruções para Autores, na secção Sobre a Revista.

Deve ser preenchido o Formulário para os autores: Anexo I (todos os anexos estão disponíveis para consulta nos pontos 4 e 5 das Normas para submissão de artigos à Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia).

Deve ser preenchido o Formulário de declaração de conduta ética (Anexo II).

Deve ser preenchida a Declaração de Consentimento Informado (Anexo III).

NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS À REVISTA PORTUGUESA GERIATRIA E GERONTOLOGIA

1. POLÍTICA EDITORIAL

Autoria

A produção de um trabalho científico resulta dos contributos dados por diversas pessoas e entidades. Porém, nem todas as contribuições conferem a atribuição de autoria do trabalho.

Todos aqueles que são nomeados como autores têm que cumprir os quatro requisitos do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para definição de autoria:

- Ter uma contribuição substancial para

a conceção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados;

- Participar na redação ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante;

- Rever a versão final do manuscrito e aprovar a sua publicação.

- Assumir a responsabilidade por todos os aspetos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas com a precisão ou a integridade de qualquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas.

Outras pessoas que possam ter contribuído para o trabalho, mas não preencham os critérios de autoria, devem ser mencionadas nos agradecimentos. Não se incluem aqui pessoas ou entidades que tenham contribuído exclusivamente com o financiamento do trabalho.

Conflito de interesses

Existe um conflito de interesses quando um autor (ou a sua instituição) tem relações pessoais, profissionais ou financeiras que podem influenciar as suas decisões, trabalho ou manuscrito. Nem todas estas relações representam verdadeiros conflitos de interesses. Por outro lado, o potencial para conflito de interesses pode existir independentemente de o autor acreditar ou não que esta relação afeta o seu julgamento científico. O potencial para conflito de interesses pode residir nos autores, revisores ou editores.

Desta forma, para manter a transparência no processo editorial, todos os envolvidos na publicação de artigos (autores, revisores e editores) são convidados a declarar potenciais conflitos de interesses.

Caso os trabalhos tenham sido financiados total ou parcialmente, por uma ou mais pessoas ou entidades, essa informação terá de ser publicada juntamente com o artigo.

A existência de conflitos de interesse e/ou financiamento externo não é critério de aceitação ou rejeição de manuscritos.

2. DECLARAÇÃO DE ÉTICA E DE BOAS PRÁTICAS NA PUBLICAÇÃO

(baseada nas recomendações da Best Practice Guidelines for Journal Editors)⁴

Conduta Ética para a publicação de artigos

A RPPG está empenhada em assegurar a ética na publicação e qualidade dos artigos. Como tal, é esperado que todas as partes envolvidas – autores, direção, editores, revisores e editora – sigam os padrões de comportamento ético definidos internacionalmente.

Autores: Os autores devem apresentar uma análise objetiva da importância do trabalho de investigação, divulgando os detalhes e referências necessárias para permitir a reprodução das experiências.

A investigação em seres humanos ou animais implica uma conduta ética que deve cumprir os preceitos definidos na Declaração de Helsínquia. Como tal, o protocolo de investigação deverá ser submetido, antes do início da colheita dos dados, a parecer da Comissão de Ética para a Saúde da(s) instituição(ões) de saúde onde está previsto decorrer o estudo. O parecer favorável desta comissão deverá ser englobado nos documentos a entregar na submissão de artigos (em conjunto com o Anexo II).

Nos relatos de caso, os autores deverão garantir o anonimato no caso apresentado, sendo necessário o consentimento informado do(s) visado(s) para a sua divulgação (Anexo III).

Nos artigos de revisão deverá ser garantida a sua objetividade, a sua abrangência dentro da área da Geriatria e Gerontologia e a adequação quanto ao estado da arte da prática clínica.

Nas restantes tipologias aplicam-se os mesmos princípios da objetividade, relevância e adequação quanto aos conhecimentos e práticas mais recentes.

Os autores devem garantir que o seu trabalho é inteiramente original e, se utilizados trabalhos ou excertos de outros trabalhos, esse facto deverá ser declarado e enviada a respetiva

autorização de publicação. Em caso de figuras não protegidas por direito de autor, tal deve ser declarado pelos responsáveis pelo manuscrito. A prática de plágio, em qualquer das suas formas, constitui um comportamento antiético de publicação e é inaceitável. A submissão do mesmo manuscrito a mais do que uma revista ou a submissão de artigos cuja pesquisa é essencialmente a mesma, a mais de uma revista, constituem igualmente comportamentos antiéticos de publicação e inaceitáveis. O autor correspondente deve garantir que existe um consenso pleno de todos os coautores na aprovação da versão final do documento e na sua submissão para publicação.

Declarações fraudulentas ou intencionalmente imprecisas constituem um comportamento antiético e são inaceitáveis.

Editores: Os editores devem avaliar os manuscritos exclusivamente com base na sua mais-valia académica e científica. Um editor não deve usar informações não publicadas nos seus próprios trabalhos, sem o exposto consentimento por escrito do autor. Os editores devem tomar as medidas adequadas em resposta a eventuais reclamações éticas apresentadas, relativamente a um manuscrito submetido ou artigo publicado.

Revisores: Todos os trabalhos recebidos para avaliação devem ser tratados como documentos confidenciais. Informação privilegiada ou ideias obtidas através de revisão por pares devem ser mantidas em sigilo e não devem ser utilizadas para proveito pessoal. Os comentários ou correções devem ser conduzidos de forma objetiva e as observações formuladas devem ser claras e devidamente argumentadas, para que os autores possam usá-los para melhorar o manuscrito.

Qualquer revisor selecionado que não se sinta qualificado para avaliar o trabalho descrito no manuscrito, ou que saiba ser impossível a sua imediata revisão, deverá notificar o editor/ secretariado da RPPG e dispensar o processo de revisão. Os revisores não devem rever manuscritos em que tenham conflitos de interesse relativamente aos autores, empresas ou instituições ligadas ao

manuscrito, resultantes de concorrência, colaboração ou relação com qualquer um dos intervenientes.

3. ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DOS ARTIGOS

Os artigos da iniciativa dos autores são: artigos de investigação original, revisões, relatos de caso, artigos de prática, formação, artigos de opinião e debate, artigos breves e cartas ao editor. Estes artigos são sujeitos a um processo de revisão por pares.

Os editoriais e os documentos são da responsabilidade dos editores.

Nesta secção apresentam-se os elementos que são comuns a todas as tipologias de artigo e uma descrição dessas diferentes tipologias.

Para as seguintes tipologias de artigos, é obrigatória a submissão, conjuntamente com o manuscrito, da respetiva grelha devidamente preenchida. Artigos que não sejam acompanhados desta grelha serão imediatamente rejeitados:

- Ensaio Clínicos Aleatorizados: deverá ser usada a grelha CONSORT;

- Estudos Observacionais: deverá ser usada a grelha STROBE⁹;

- Estudos de avaliação económica (custo-utilidade, custo-efetividade Medicina Baseada no Valor): deverá ser usada a grelha CHEERS;

- Estudos de avaliação prognóstica ou de aferição de métodos de diagnóstico/ rastreio: deverá ser usada a grelha STARD¹¹, ou a grelha TRIPOD;

- Estudos de melhoria da qualidade: deverá ser usada a grelha SQUIRE¹³;

- Revisões de tipologia Sistemática: deverá ser usada a grelha PRISMA¹⁵;

- Casos clínicos: deverá ser usada a grelha CARE¹⁴.

Não é obrigatória a submissão de grelhas de avaliação nas tipologias de revisão narrativa ou revisão crítica de autor, artigos de prática, formação, artigos de opinião e debate, artigos

breves e cartas ao editor.

3.1. Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo

Todos os artigos apresentados à RPPG deverão ter um Título, a filiação, um corpo de texto e Referências Bibliográficas.

Na maioria das tipologias será necessário um Resumo. No caso de existirem pessoas que tenham dado contributos importantes para o artigo, mas que não cumpram os critérios de autoria, poderá ser incluída uma secção denominada Agradecimentos que será colocada entre o corpo de texto e as referências bibliográficas. A informação relativa aos conflitos de interesses e financiamento do trabalho deve ser colocada após as referências bibliográficas.

Em todas as tipologias de artigo, deverá ser colocada uma secção de *Teaser*, logo após a página do título e dos autores, e antes do resumo (se aplicável). Nesta secção deverá ser colocada uma a duas frases, até 30 palavras, com os aspetos principais do artigo (que poderá ser o próprio objetivo e resultado principal, ou uma mensagem chave).

O artigo terá que ter um Título e um Resumo em português e em inglês (obrigatoriamente) ou espanhol.

Quando o idioma de publicação é o português, o primeiro resumo será em português e o segundo em inglês (obrigatoriamente) ou espanhol. Se o idioma de publicação for o inglês, a ordem será inversa. No caso do idioma de publicação ser o espanhol, o primeiro resumo será nesse idioma, havendo então um resumo em português e outro em inglês no final do artigo.

Os resumos deverão ter um máximo de 300 palavras e serão seguidos de duas a seis palavras-chave. Estas palavras-chave deverão ser termos da lista de descritores médicos MeSH⁷ ou dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁸. A estrutura do resumo para cada uma das tipologias de artigo será explicitada na secção correspondente.

Os textos escritos numa língua que não a materna, deverão passar por uma revisão linguística e gramatical antes de serem submetidos para publicação. Nestes casos, solicita-se o comprovativo de revisão. As versões dos resumos nas diferentes línguas devem ser consistentes entre elas, sem diferenças significativas no respetivo conteúdo.

São permitidos dois tipos de ilustrações: figuras e tabelas. Tanto as figuras como as tabelas devem ser numeradas com algarismos árabes, pela ordem de aparecimento no texto. O texto não deve repetir dados incluídos em ilustrações, limitando-se nesse caso a realçar ou resumir os seus aspetos mais importantes. O número de ilustrações permitidas para cada uma das tipologias será explicitado na secção correspondente.

As Referências Bibliográficas devem seguir o formato indicado nas normas internacionais (*estilo de Vancouver* - áreas da medicina, ciências da saúde⁹ - *estilo APA* - áreas Ciências Sociais e Humanas, dos últimos dez anos)¹⁸.

3.2. Tipologias de Artigo

- Investigação original

Conteúdo: Artigos de investigação no âmbito da Geriatria e Gerontologia. Deverão seguir as normas internacionalmente aceites para este tipo de artigos^{3,5}. Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE⁹ para estudos observacionais, CONSORT¹⁰ para ensaios clínicos, as normas STARD¹¹ para estudos de acuidade diagnóstica, as normas COREQ para estudos qualitativos e as normas SQUIRE¹³ para estudos de garantia e melhoria da qualidade. É ainda obrigatória a submissão da respetiva grelha de avaliação estrutural para as tipologias mencionadas previamente nestas normas.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 8 ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Deve incluir Título, Resumo e três a seis Palavras-chave em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo do artigo deve ser subdividido

em: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão. Poderão ser incluídos Agradecimentos. O artigo deve incluir Referências Bibliográficas.

Corpo do artigo: A Introdução deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, resumir o estado atual do conhecimento sobre o tema e referir os motivos que levaram à execução do estudo. A pergunta de investigação e os objetivos específicos da investigação, incluindo as hipóteses colocadas, deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. Os Métodos deverão referir a configuração, local e tempo de duração de estudo, a população estudada, os métodos de amostragem, as unidades de observação e as variáveis medidas, os métodos de recolha de dados, bem como critérios, instrumentos, técnicas e aparelhos utilizados, bem como a ponderação dos aspetos éticos durante a planificação e execução da investigação, incluindo o parecer da Comissão de Ética para a Saúde Competente. Deve ser indicada a metodologia estatística. Os Resultados deverão ser apresentados de forma clara, usando texto e ilustrações (tabelas ou figuras). As ilustrações serão colocadas no manuscrito após as referências bibliográficas. A Discussão deverá salientar aspetos novos ou importantes do estudo e apresentar apenas as conclusões justificadas pelos resultados. Deverão ser feitas comparações com estudos idênticos realizados por outros autores e ser comentadas as limitações ou os vieses importantes do estudo. Podem ser sugeridas novas hipóteses de trabalho. Não devem ser feitas afirmações não baseadas no estudo efetuado, nem alusões a trabalhos incompletos ou não publicados. E finalmente a conclusão.

Resumo: O Resumo deve expor os objetivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspetos novos e importantes do estudo ou das observações. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Encorajamos os investigadores a registar prospectivamente os ensaios clínicos num registo público de ensaios. Os ensaios clínicos deverão ter o

número de registo no final do resumo.

- Relato de Caso

Resumo: É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: Introdução, Descrição do caso e Comentário.

Conteúdo: Textos descritivos de casos clínicos relevantes para a Geriatria e Gerontologia que sirvam para melhorar a tomada de decisão da investigação diagnóstica ou terapêutica de aspetos relacionados com a educação ou com as políticas de saúde. Os autores são encorajados a seguir as normas CARE Statement¹⁵. É ainda obrigatória a submissão da respetiva grelha de avaliação estrutural mencionada previamente nestas normas.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 6.000 palavras, sendo admitido o número máximo de oito ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir Título, Resumo e três a seis Palavras-chave em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo de texto é subdividido em: Introdução, Descrição do caso e Comentário. Poderão ser incluídos Agradecimentos. O artigo deve incluir Referências Bibliográficas.

Corpo do artigo: A Introdução deve apresentar os motivos que levaram à apresentação do caso clínico de forma sintética e sem fazer uma revisão teórica do problema em questão. A pergunta de investigação e o objetivo específico da apresentação deste relato de caso deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. A Descrição do caso deve ser constituída por uma apresentação do caso clínico propriamente dito, feita de forma estruturada e com recurso a subtítulos, se necessário. É necessária uma atenção especial à anonimização da identificação dos titulares dos dados descritos, e ao consentimento expresso, livre e esclarecido do próprio ou seu representante legal para a sua publicação. O Comentário deverá chamar a atenção para os aspetos práticos relevantes, problemas

encontrados na prática clínica ou lições a tirar do relato de caso.

- Revisão

Conteúdo: Consistem em estudos de revisão literatura, trabalhos de síntese ou atualização clínica que possam constituir instrumentos auxiliares de atualização e de aperfeiçoamento da prática clínica. Serão aceites revisões de metodologia sistemática, revisões narrativas e revisões integrativas de largo espectro ou revisões críticas de autor, sendo que as mesmas deverão traduzir uma componente inovadora quer nos seus resultados, perspetivas ou hipóteses lançadas.

Os autores são encorajados a seguir as normas PRISMA para revisões sistemáticas¹⁵, MOOSE para meta-análises de estudos observacionais¹⁶ e as recomendações de Riley *et al* (2010) para meta-análises de dados individuais de doentes¹⁷. Para as revisões sistemáticas, é fortemente recomendado o registo prévio do seu protocolo na base PROSPERO. É ainda obrigatória a submissão da respetiva grelha de avaliação estrutural mencionada previamente nestas normas.

Não serão aceites revisões intituladas de “baseadas na evidência” que recorram a metodologia não sistemática ou com grelhas de avaliação qualitativa que não sejam baseadas na Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE) ou Critical Appraisal Skills Programme (CASP).

Dimensão: Os estudos de revisão não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir Título, Resumo e três a seis Palavras-chave em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo de texto é subdividido em: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões. Poderão ser incluídos Agradecimentos. O artigo deve incluir Referências Bibliográficas.

Corpo do artigo: A Introdução deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, referir os motivos que levaram à execução do estudo e discutir a sua oportunidade. A pergunta de investigação e o objetivo específico da revisão deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. Os Métodos deverão descrever a metodologia usada para efetuar o processo de revisão. Devem, nomeadamente, ser indicados o tópico em revisão, definições várias (e.g., critérios de diagnóstico), processo utilizado para a pesquisa bibliográfica (período a que diz respeito a revisão, bases de dados eletrónicas ou documentais consultadas, descritores utilizados para a pesquisa, pesquisa manual de bibliografias, contacto com peritos na área para identificação de artigos relevantes) e processos e critérios de seleção dos artigos. Os Resultados devem ser apresentados de forma estruturada e sistematizada e com recurso a subtítulos, se necessário. Devem incluir os resultados da pesquisa. A Discussão inclui os elementos de argumentação crítica (avaliação de qualidade dos dados, síntese de dados, perspetivas em confronto, identificação de problemas não resolvidos). As Conclusões devem fornecer um resumo crítico dos dados relevantes, enfatizar os aspetos práticos, equacionar os problemas que subsistem e propor perspetivas futuras.

Resumo: O Resumo deve expor os objetivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspetos novos e importantes da revisão. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. No resumo dos resultados pretende-se a indicação do número e características dos estudos incluídos e excluídos. Podem ser incluídos os achados qualitativos e quantitativos mais relevantes.

- Prática

Conteúdo: Trabalhos descritivos de experiências ou projetos considerados relevantes para a melhoria da qualidade

dos cuidados prestados aos doentes.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir Título, Resumo e três a seis Palavras-chave em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos Agradecimentos. O artigo deve incluir Referências Bibliográficas.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

- Formação

Conteúdo: Consistem em relatos de projetos ou experiências consideradas importantes no campo da educação médica pré ou pós-graduada no contexto das pessoas idosas, cujo objetivo pedagógico seja claro e inovador.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras, sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir Título, Resumo e três a seis Palavras-chave em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos Agradecimentos. O artigo deve incluir Referências Bibliográficas.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

- Opinião e Debate

Conteúdo: Textos de opinião livre suscetíveis de fomentar a reflexão e a discussão sobre temas de interesse para a Geriatria e Gerontologia, tratados com qualidade científica e ética.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 4.000 palavras sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir Título, Resumo e três a seis Palavras-chave em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos Agradecimentos. O artigo deve incluir Referências Bibliográficas.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

- Artigo Breve

Conteúdo: Textos de pequena dimensão como, por exemplo, estudos originais curtos ou de divulgação de resultados preliminares, apontamentos sobre casos clínicos, pequenos estudos de séries ou outra tipologia.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 3.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (tabelas ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir Título, Resumo e três a seis Palavras-chave em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos Agradecimentos. O artigo deve incluir Referências Bibliográficas.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

- Carta ao Editor

Conteúdo: Comentários a artigos publicados previamente na revista ou notas breves sobre experiências relevantes na prática diária. As cartas referentes a artigos só serão aceites até quatro meses após a publicação do artigo original.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 1.000 palavras, sendo admitida até uma ilustração (tabela ou figura) e até 10 referências bibliográficas.

Estrutura: Não existe estrutura obrigatória. O artigo pode incluir Referências Bibliográficas.

Resumo: Não há resumo.

- Editorial

Da iniciativa do Conselho Editorial. Não deverão ultrapassar 1.200 palavras nem mais do que 15 referências. Serão admitidas até duas ilustrações (tabelas ou figuras).

- Documentos

Conteúdo: Consistem em declarações, recomendações, protocolos, *guidelines* ou outros documentos de âmbito nacional ou internacional que sejam relevantes para a Geriatria e Gerontologia.

4. ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS

4.1. Formatação dos ficheiros eletrónicos submetidos

Os artigos devem ser datilografados em qualquer processador de texto e gravados num dos seguintes formatos: Microsoft Word, RTF ou Open Office. As páginas devem ser numeradas.

Documento de identificação (a submeter em "Documentos Suplementares")

Primeira página

Deverá incluir apenas:

O título do artigo, que deverá ser conciso.

O nome do autor ou autores (devem usar-se apenas dois ou três nomes por autor).

O grau, título ou títulos profissionais e/ou académicos do autor ou autores.

A afiliação (indicando especificamente Serviço, Departamento, Instituição, Cidade, País).

A identificação ORCID de todos os autores (consultar www.orcid.org).

Segunda página

Deverá incluir apenas:

O nome, telefone/fax, endereço de correio eletrônico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito.

O nome, endereço de correio eletrônico e endereço postal do autor a quem deve ser dirigida a correspondência sobre o artigo após a sua publicação na revista.

Texto do artigo (a submeter em "Transferência do Manuscrito")

Primeira página (completamente anonimizado)

Deverá incluir apenas:

Título do artigo nas línguas necessárias.

Resumo do artigo nas línguas necessárias. O resumo deve respeitar as normas indicadas para o tipo de artigo em questão e tornar possível a compreensão do artigo sem que haja necessidade de o ler.

Duas a seis palavras-chave nas línguas necessárias usando, sempre que existirem, termos da lista de descritores médicos MeSH⁷, dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁸ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos)⁹.

Indicação da tipologia do artigo (a que secção da revista se destina).

Teaser. Frase num máximo de 30 palavras que foque a mensagem chave do artigo.

Páginas seguintes

As páginas seguintes incluirão o texto do artigo, devendo cada uma das secções em que este esteja subdividido começar no início de uma página.

As tabelas deverão ser colocadas no texto no local onde deverão ser lidas, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem de entrada no texto, em numeração árabe. As tabelas deverão sempre incluir um título curto e poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver. Ter em atenção que todas as siglas, acrónimos e abreviaturas deverão ser colocadas por

extenso nas notas.

As figuras deverão ser colocadas como anexo após as referências bibliográficas, indicando no texto o local onde deverão ser lidas, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem de entrada no texto, em numeração árabe.

Primeira página a seguir ao texto do artigo

Deverá incluir o capítulo Agradecimentos, quando este exista.

Primeira página a seguir aos Agradecimentos

Deverá conter o início do capítulo Referências bibliográficas.

Primeira página a seguir a Referências bibliográficas

Deverá conter a informação relativa aos conflitos de interesse dos autores e ao financiamento do estudo (de acordo com a informação prestada no Anexo I).

Páginas seguintes

Deverão incluir as ilustrações. Estas devem ser enviadas cada uma em sua folha com indicação do respetivo número (algarismo árabe, com numeração consecutiva para as tabelas e com numeração consecutiva para as figuras, de acordo com a ordem de entrada no texto) e legenda. As tabelas deverão sempre incluir um título curto e poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver. Gráficos, diagramas, gravuras e fotografias (figuras) deverão ser apresentados com qualidade que permita a sua reprodução direta e numerados com algarismos árabes. Não devem ser utilizados gráficos tridimensionais. As figuras em formato digital devem ser enviadas como ficheiros separados e não dentro do documento de texto. São aceites os formatos JPEG, TIF e EPS, preferencialmente com uma resolução de 300 pontos por polegada (dpi) ou superior. No caso de se tratar de fotografias de pessoas ou de fotografias já publicadas, proceder de acordo com as normas de Vancouver^{3,5}.

4.2. Normas de estilo

O uso de abreviaturas e símbolos, bem como as unidades de medida, devem estar de acordo com as normas internacionalmente aceites.

Deve-se usar maiúsculas apenas nas seguintes situações:

a) no título e nas principais secções do trabalho;

b) na primeira palavra de todos os parágrafos;

c) nas palavras principais de capítulos, subcapítulos, secções e subsecções;

d) nas palavras dos títulos das figuras e tabelas;

e) em nomes de escalas e instrumentos de medida;

f) em substantivos determinados por numeral ou letra;

g) em nomes de disciplinas académicas.

Usar sempre a denominação comum internacional (DCI) para os fármacos.

Escrever por extensos algarismos menores que 10, exceto quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizadas unidades de medida, na representação de funções matemáticas, quantidades fracionais, percentagens e razões. Nunca iniciar uma frase com um algarismo.

Usar sempre algarismos para designar tempo, data, idade, amostra e população, tamanho, resultados, dosagens, percentagens, graus de temperatura, medidas métricas e pontos numa escala.

Por regra, não usar abreviaturas fora de parênteses, exceto as abreviaturas utilizadas pelos sistemas de medidas (p. ex. Kg).

Os acrónimos só devem ser utilizados se fazem parte da linguagem corrente (e.g., OMS) ou para designar uma sigla ou uma expressão técnica que vai ser utilizada repetidamente (e.g., DPOC). Neste caso, o seu uso deve ser

apresentado entre parênteses, depois da expressão original, na primeira vez que é utilizado no texto.

Devem evitar-se estrangeirismos, sempre que possível.

Não usar sublinhados.

Usar itálico apenas nas situações de palavras estrangeiras e nomes técnicos das classificações científicas.

Os símbolos estatísticos (e.g., t, r, M, DP, p) devem ser escritos em itálico, com exceção dos símbolos em grego.

A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto final.

No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com até duas casas e com arredondamento, a não ser em casos excepcionais em que tal se justifique.

Os operadores aritméticos e lógicos, como +, -, =, < e >, levam espaço antes e depois.

4.3. Referências Bibliográficas

As Referências Bibliográficas devem ser citadas no texto com algarismos árabes em elevado, pela ordem de primeira citação e incluídas neste capítulo, utilizando exatamente a mesma ordem de citação no texto. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus.

A Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia é referenciada usando a abreviatura RPPG.

O numeral da citação deverá ser colocado após a pontuação (ponto, vírgula, etc.). Todas as referências devem obedecer às normas de Vancouver da ICMJE^{3,5}. Poderão ser utilizados os sistemas de gestão de referências (como o EndNote®, o RefManager®, Mendeley®, APA®).

Exemplos de como referenciar mais de uma citação ou documentação legal

Mais de uma citação

Estudos mais recentes, efetuados por Di-Franza e colaboradores, mostram que as crianças se tornam dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos.

Se após uma frase houver lugar à citação de mais do que uma referência estas deverão ser separadas por vírgulas, exceto se forem sequenciais; nessa circunstância serão separadas por hífen.

Exemplos:

(...) sendo a prevalência maior nesse grupo etário^{9,15,21};

(...) comparativamente a esses estudos^{6,9};

(...) tabaco a menores de 18 anos e a de regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas^{4,7-9};

Documentação legal

Para as referências a documentação legal deverão ser indicados os elementos que permitem chegar ao texto integral do ato legislativo: tipo de ato, número, data, série do Diário da República (DR) e número de DR.

Exemplo:

Decreto-Lei n.º 114/92, de 4 de junho. Diário da República. 1ª Série A (129).

5. SUBMISSÃO DE ARTIGOS À APRECIÇÃO EDITORIAL

Os documentos devem ser submetidos através da plataforma online OJS, em www.rpgg.pt. Os documentos a submeter incluem:

- O Documento de identificação
- O Texto do artigo, incluindo as tabelas, nos formatos Microsoft Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas), será submetido no «Passo 2: Transferência do manuscrito». Deverá incluir as legendas das figuras após as tabelas.
- As figuras em formato JPEG, TIF ou EPS (ilustrações). Serão submetidas

no «Passo 2», identificados pela numeração respetiva.

- O formulário constante do Anexo I preenchido por cada um dos autores.

Tratando-se de um estudo original, a declaração de conduta ética (Anexo II) preenchida pelo autor correspondente e cópia do parecer da Comissão de Ética à qual o protocolo do estudo foi submetido.

Tratando-se de um relato de caso, declaração de consentimento informado, assinada pelo doente ou pelo representante legal em caso de menores ou incapazes, que motivou o relato de caso (Anexo III).

Havendo fotografia de doente(s), declaração de consentimento informado assinada pelo doente fotografado ou representante legal, para cada ilustração enviada, devidamente identificadas (Anexo III).

Em qualquer situação cuja publicação de informação clínica suscite dúvidas do ponto de vista ético deverá ser solicitado parecer a uma Comissão de Ética.

Cópias de quaisquer autorizações para reproduzir material já publicado, para utilizar figuras ou relatar informação pessoal sensível de pessoas identificáveis.

6. CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita e não se encontra sob revisão ou para publicação por outra revista.

Os ficheiros para submissão encontram-se em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB).

URLs usados nas referências devem ser fornecidos quando disponíveis.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Instruções para Autores, na secção Sobre a Revista.

Foi preenchido o Formulário para os autores: Anexo I (todos os anexos estão disponíveis para consulta na página eletrónica da RPGG - www.rpgg.pt)

Foi preenchido o Formulário de declaração de conduta ética (Anexo II).

Foi preenchida a Declaração de Consentimento Informado (Anexo III).

São cumpridas as Normas para a submissão de artigos à Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (Anexo IV), com exceção dos pontos abaixo assinalados, no caso de submissão exclusiva através do site.

Na submissão de um artigo online, no Passo 2 da transferência do ficheiro do artigo, este deverá estar anonimizado e não conter qualquer tipo de identificação pessoal, que será preenchida nos passos seguintes da submissão.

Um documento contendo a identificação dos autores, conforme descrito em 4. ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS, deverá ser submetido no «Passo 2. Transferência do manuscrito suplementares» do processo de submissão online.

Na submissão de artigos online, os conflitos de interesse que os autores queiram fazer constar explicitamente no artigo deverão ser preenchidos no campo «Comentários ao Editor» do Passo 1 da submissão e não no ficheiro a submeter.

Qualquer dúvida pode ser esclarecida por contacto com o secretariado da RPGG através do endereço de correio eletrónico: secretariado@rpgg.pt.

7. TRATAMENTO EDITORIAL

Os textos recebidos são submetidos a um processo de validação administrativa; os artigos que não obedeçam à organização científica e à organização formal expostas nestas normas não serão aceites nem

apresentados ao Conselho Editorial, sendo automático o processo de devolução.

Os textos que estejam de acordo com as normas são identificados por um número comunicado aos autores, que deve ser referido em toda a correspondência com a revista. Será considerada como data de receção do artigo o último dia de receção da versão eletrónica do artigo e dos anexos necessários. Os artigos aceites serão distribuídos a um editor responsável, que fará uma apreciação sumária e apresentará o artigo em reunião do Conselho Editorial. Os artigos que não estejam relacionados com a missão da revista (o desenvolvimento da especialidade de medicina geral e familiar ou a melhoria dos cuidados de saúde primários) serão recusados.

A decisão do Conselho Editorial é soberana e não passível de recurso. O Editor-Chefe tem poder de veto dentro do Conselho Editorial.

Os artigos que estejam de acordo com as normas e que se enquadrem na missão da revista entrarão num processo de revisão por pares. Aos revisores será pedida a apreciação crítica de artigos submetidos para publicação. Essa avaliação incluirá as seguintes áreas: atualidade, fiabilidade científica, importância clínica e interesse para publicação do texto. De forma a garantir a isenção e imparcialidade na avaliação, os artigos serão enviados aos revisores sem a identificação dos respetivos autores e cada artigo será apreciado por dois ou mais revisores. Caso exista divergência de apreciação entre revisores, os editores poderão convidar um terceiro revisor. A decisão final sobre a publicação será tomada pelos editores com base nos pareceres dos revisores. As diferentes apreciações dos revisores serão integradas pelo editor responsável e comunicadas aos autores. Os autores não terão conhecimento da identidade ou afiliação dos revisores.

A decisão relativa à publicação pode ser no sentido da recusa, da publicação sem alterações ou da publicação após modificações. Neste último grupo, os artigos, após a realização das modificações propostas, poderão ser

reapreciados pelos revisores originais do artigo, ou outros. Desta reapreciação resultará uma nova apreciação por parte do editor responsável e a decisão de recusa, de publicação, ou de nova revisão do texto, da qual os autores serão informados.

8. CEDÊNCIA DE DIREITOS DE AUTOR

A RPGG não cobra nenhuma taxa de envio ou publicação dos artigos aceites. Os autores concedem à RPGG o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, eletrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito. Concedem ainda à RPGG o direito a utilizar e explorar o manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência é feita a título gratuito. Caso a RPGG comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato.

Os autores autorizam a RPGG (ou uma entidade por esta designada) a atuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Os autores têm direito a:

Reproduzir um número razoável de cópias do seu trabalho em suporte físico ou digital para uso pessoal, profissional ou para ensino, mas não para uso comercial (incluindo venda do direito a aceder ao artigo).

Colocar no seu sítio da internet ou da sua instituição uma cópia exata em formato eletrónico do artigo publicado pela RPGG, desde que seja feita referência à sua publicação na RPGG e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPGG) não seja alterado.

Publicar em livro de que sejam autores ou editores o conteúdo total ou parcial do manuscrito, desde que seja feita referência à sua publicação na RPGG.

Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPPG pela reprodução em separado do seu artigo, quando esse valor for superior a 1.500 euros.

Os autores aceitam que, em caso de conflito, a resolução deste acordo será feita em Portugal e de acordo com a legislação portuguesa aplicável.

Declaração de Direitos de Autor

Os autores autorizam a RPPG (ou uma entidade por esta designada) a atuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Política de Privacidade

A RPPG detém o direito exclusivo de publicar, distribuir, ceder, vender ou licenciar em suporte físico, eletrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir todos os conteúdos publicados. É proibida a reprodução, mesmo parcial, de artigos e ilustrações sem prévia autorização da RPPG. Excetua-se a citação ou transcrição de pequenos excertos, desde que se faça menção da fonte.

Os nomes e endereços fornecidos nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- O Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia apresenta Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia
- International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals [Internet]. ICMJE; 2017 [updated 2017 Dec; cited 2018 Apr 02]. Available from: <http://www.icmje.org>
- Committee on Publication Ethics. Best practice guidelines for journal editors [Internet]. COPE; 2014. Available from: <http://publicationethics.org/>
- Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, Montenegro M, Sousa JC. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas: escrever e editar para publicação biomédica. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(6):778-98.
- The EQUATOR Network. Enhancing the quality and transparency of health research [Internet]. Oxford: Minervation; 2014 [cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.equator-network.org/>
- US National Library of Medicine. Medical subject headings [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 1999-2014 [updated 2014 Sep 08; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>
- BIREME. Descritores em ciências da saúde (DeCS) [Internet]. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde; 1999-2014 [updated 2014 Mar; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://decs.bvs.br/>
- Patrias K, Wendling D. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 2007 [updated 2011 Sep 15; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>
- von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9.
- Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMJ*. 2010;340:c332.
- Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD Initiative, standards for reporting of diagnostic accuracy. *Clin Chem*. 2003;49(1):1-6.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
- Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S. Publication Guidelines for Quality Improvement Studies in Health Care: evolution of the SQUIRE Project. *J Gen Intern Med*. 2008;23(12):2125-30.
- Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Glob Adv Health Med*. 2013;2(5):38-43.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1006-12.
- Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting, meta-analysis of observational studies in epidemiology (MOOSE) group. *JAMA*. 2000;283(15):2008-12.
- Riley RD, Lambert PC, Abo-Zaid G. Meta-analysis of individual participant data: rationale, conduct, and reporting. *BMJ*. 2010;340:c221
- Publication Manual Of The American Psychological Association: The Official Guide To APA Style, 7th Edition.

ANEXO I

FORMULÁRIO PARA OS AUTORES

O seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento, devidamente preenchido e assinado. Sem ele, o artigo não será aceite para apreciação. Leia atentamente as secções que o compõem e, em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Cada um dos autores tem de preencher e assinar uma cópia deste formulário.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

- Sou o autor responsável pela correspondência com a RPPG acerca do manuscrito.
- Autorizo o autor _____ a efetuar em meu nome a correspondência com a RPPG acerca do manuscrito.

AUTORIA

Declaro que:

- Efetuei contribuições substanciais para a conceção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados.
- Participei na redação ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante.
- Revi a versão final do manuscrito e aprovo a sua publicação.

Por favor redija uma descrição sucinta do seu contributo para o presente trabalho:

OUTRAS CONTRIBUIÇÕES (a preencher pelo autor responsável pela correspondência)

- Todas as pessoas ou entidades que deram contributos importantes para o trabalho relatado no manuscrito (incluindo a sua escrita), mas que não são mencionadas como autores, estão identificadas na secção agradecimentos.
- O manuscrito não inclui uma secção de agradecimentos porque os autores não receberam contributos importantes por parte de outras pessoas ou entidades (bolsas de investigação).

FINANCIAMENTO

- Este trabalho foi financiado na sua totalidade ou em parte por pessoas ou entidades que não os autores (por favor descreva o financiamento – pode utilizar uma folha separada se necessário):

- O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo bolsas e investigação).

CONFLITO DE INTERESSES

Verifique se alguma das condições abaixo lhe é aplicável:

- Nos últimos cinco anos recebi algum incentivo de uma organização que pode de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- Nos últimos cinco anos fui empregado de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- Detenho alguma forma de participação numa organização que pode de alguma forma ser beneficiada ou prejudicada ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- A minha instituição académica ou empregador tem algum interesse ou conflito relacionado com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- Tenho relações pessoais ou profissionais podem influenciar os resultados ou conclusões do manuscrito.

Caso tenha assinalado algum dos itens anteriores ou entenda que existe outro potencial conflito de interesses, por favor redija uma declaração de conflito de interesses a ser publicada juntamente com o artigo:

Se entender que não existe um potencial conflito de interesses relativamente ao presente manuscrito, assinale:

- Declaro não possuir qualquer tipo de conflito de interesses.

CEDÊNCIA DE DIREITOS

Os autores concedem à RPPG o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, eletrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito identificado nesta declaração. Concedem ainda à RPPG o di-

reito a utilizar e explorar o presente manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência é feita a título gratuito. Caso a RPPG comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato. Os autores autorizam a RPPG (ou uma entidade por esta designada) a atuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Os autores têm direito a:

- Reproduzir um número razoável de cópias do seu trabalho em suporte físico ou digital para uso pessoal, profissional ou para ensino, mas não para uso comercial (incluindo venda do direito a aceder ao artigo).
- Colocar no seu sítio da internet ou da sua instituição uma cópia exata em formato eletrónico do artigo publicado pela RPPG, desde que seja feita referência à sua publicação na RPPG e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPPG) não seja alterado.
- Publicar em livro de que sejam autores ou editores o conteúdo total ou parcial do manuscrito, desde que seja feita referência à sua publicação na RPPG.
- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPPG pela reprodução em separado do seu artigo, quando esse valor for superior a 1.500 euros (mil e quinhentos euros).

Os autores aceitam que, em caso de conflito, a resolução deste acordo será feita em Portugal e de acordo com a legislação portuguesa aplicável.

Declaro que li e aceito as condições acima referidas.

AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Declaro que autorizo a publicação do artigo junto, com o título _____ do qual sou autor. Declaro ainda que o presente artigo é original, não foi objeto de qualquer outro tipo de publicação, nem foi proposto simultaneamente para publicação em outras revistas ou jornais. Declaro também que li o presente formulário e a informação que forneço é completa e verdadeira. Declaro ainda que detenho os direitos de propriedade e/ou de utilização de todo o material incluído no manuscrito (incluindo ilustrações) que cedo à Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPPG), de acordo com os termos constantes neste documento.

Local: _____

Data: __ / __ / ____

Assinatura: _____

ANEXO II

FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

No caso de se tratar de um estudo original, o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento e a cópia do parecer da Comissão de Ética. Sem ele, o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPPG). Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

Declaro que o protocolo do presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética _____ que deu parecer favorável à sua realização e que este estudo decorreu de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia.

Local: _____

Data: __ / __ / ____

Assinatura: _____

ANEXO III

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No caso de se tratar de um relato de caso e/ou havendo fotografia(s) de doente(s), o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento. Sem ele, o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPGG). Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor correspondente: _____

Nome da pessoa descrita no artigo ou mostrada na fotografia: _____

Assunto da fotografia ou do artigo: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ [coloque o nome completo] dou o meu consentimento para que estas informações sobre A MINHA PESSOA/MEU(MINHA) FILHO(A) OU TUTELADO/FAMILIAR [marque a descrição correta], relativas ao assunto supracitado, apareçam na Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPGG), uma publicação da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG). Vi e li o material a ser submetido à Revista.

Compreendo o seguinte:

(1) As informações serão publicadas sem o meu nome anexado e quer a RPGG, quer a SPGG farão o melhor possível para assegurar o meu anonimato. Compreendo, no entanto, que o anonimato completo não pode ser garantido. É possível que alguém, em algum lugar, me possa identificar (talvez, e.g., alguém que cuidou de mim se fiquei internado no hospital ou algum dos meus familiares).

(2) O texto do artigo será revisto com relação ao estilo de redação, gramática, coerência e extensão.

(3) As informações podem ser publicadas na RPGG, que é distribuída principalmente a profissionais de saúde e sua equipe multidisciplinar, mas também pode ser vista por pessoas leigas.

(4) As informações também serão colocadas no sítio da internet da RPGG.

(5) As informações também podem ser usadas por completo ou em parte em outras publicações e produtos publicados pela Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG) ou por outras editoras para as quais a SPGG licencie o seu conteúdo. Isto inclui publicações impressas, em formatos eletrónicos ou quaisquer outros formatos que possam ser usados pela SPGG ou seus licenciados, agora ou no futuro. Em especial, as informações podem aparecer em edições locais da RPGG ou em outros periódicos ou publicações estrangeiras.

(6) A SPGG não permitirá o uso das informações em propagandas ou embalagens ou que estas sejam usadas fora de contexto.

(7) Poderei revogar o meu consentimento a qualquer momento antes da publicação, mas, uma vez que as informações tenham sido comprometidas para publicação, não será mais possível revogar o consentimento.

Local: _____

Data: __ / __ / ____

Assinatura: _____