



REVISTA DA

SPGG

Sociedade Portuguesa
de Geriatria e Gerontologia

N.3 | MARÇO | 2023 | Revista oficial SPGG

EDITORIAL:

**Mário Pereira Pinto e
Stella Bettencourt da Câmara**

..... PÁG. 04

CARLOS RABAÇAL
**“A vacina da gripe reduz,
de forma significativa, os
eventos cardíacos major”**

PÁG. 32

ANELISE FONSECA

**Elementos essenciais para
cuidar da pessoa idosa e a
necessidade de autocuidado**

..... PÁG. 06

**JOANA FAZENDA, ANA RAQUEL
MARTINS e M. MANUELA SARAIVA**
**O Pé Diabético entre dois
mundos: Cuidados de Saúde
Primários e Meio Hospitalar**

PÁG. 34

MANUEL CARRAGETA

**Avaliação Peri-Operatória
para Cirurgia Não Cardíaca**

..... PÁG. 12

VIVIANA GONÇALVES
**Prevenção da deiscência da
ferida cirúrgica em neonatos
após cirurgia cardíaca**

PÁG. 36

JOSÉ AUGUSTO SIMÕES
**Ética em Geriatria e
Gerontologia**

..... PÁG. 17

Propriedade

Sociedade Portuguesa
de Geriatria e
Gerontologia

Diretor

Manuel Carrageta

Editor

Mário Pereira Pinto
Stella Bettencourt da
Camara

Editores-adjuntos

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

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 Padre Américo 19B – 1ºEsq.
1600-548 LISBOA

www.saudeonline.pt
geral@saudeonline.pt

Sede da Redação

Rua Padre Américo 19B – 1ºEsq.
1600-548 LISBOA

Telefone:

+351 217 150 842

Equipa Comercial

João Sala
joaosala@saudeonline.pt

Ana Gaspar
agaspar@saudeonline.pt

Diretora de Informação

Maria João Garcia
mjgarcia@saudeonline.pt

Redação

Sílvia Malheiro
smalheiro@saudeonline.pt

Design Gráfico e Paginação

André Soler

Periodicidade: Trimestral

Estimado Leitor,

A Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia entende convidá-lo a participar na leitura de mais uma Revista da SPGG, conhecida por Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (RPGG).

Este ano ainda pretendemos editar mais duas, pelo que, pedimos que esteja atento às próximas revistas, e no caso de querer participar com algum artigo ou apresentar alguma sugestão, pois pedimos que o faça, antecipando desde já o nosso enorme agradecimento.

Estamos a começar a criar e a desenvolver uma revista em gerociência especializada em Geriatria e Gerontologia, com a condição de que seja acessível a todos os leitores e com os quais aceitamos uma interação fácil e ativa.

As normas para a edição da RPGG encontram-se no site da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia e também nesta edição, sempre disponíveis e a funcionar como um guião para as vossas publicações.

O conteúdo desta revista é, desta vez, muito eclético e original, reproduzindo a existência de uma equipa editorial multifacetada e transdisciplinar, sempre disponível para avaliar todas as propostas que nos forem apresentadas.

Para ilustrar estas palavras, pode ler um artigo de dois sobre feridas, como é o caso da deiscência de uma cirurgia abdominal num recém-nascido de pele muito frágil e imatura, resolvida por pressão negativa. Este exemplo de grande sucesso, pode também ser aplicado a doentes muito idosos, também com pele muito frágil.

Vamos ainda apresentar-vos outros temas muito cativantes, um deles relativo à ética em geriatria, outro sobre a avaliação peri-operatória dos gerontes, e ainda um projeto muito interessante sobre as questões holísticas do diagnóstico e tratamento integrado do pé diabético no Alentejo, região de Portugal onde ainda encontramos uma prevalência elevada de amputações minor e major.

Se tiver oportunidade de ler uma revisão bibliográfica sobre instrumentos de avaliação da síndrome de fragilidade, alguns felizmente traduzidos e adaptados para a população portuguesa e disponíveis para ajudar no diagnóstico e rastreio da fragilidade, poderá ser de enorme utilidade para o seu dia a dia do trabalho clínico.

Para manter o objetivo da nossa internacionalização, renovamos o nosso convite para a leitura de um artigo de uma investigadora brasileira, que nos dá a conhecer as habilidades necessárias aos cuidadores das pessoas idosas.

A nossa parceria com as congéneres de outras nacionalidades, nomeadamente a de Espanha, da Galiza, do Brasil, a Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia e sua representante Europeia, são um exemplo robusto da nossa atividade internacional.

Não escondemos o objetivo de sonhar com o desenvolvimento desta revista e tudo fazer para que venha a ser uma referência nacional e internacional para os conteúdos da gerociência e ainda criar as condições de vir a ser uma revista indexada.

Caro Leitor, porque esta é a sua revista de geriatria e gerontologia portuguesa, é através da sua participação e da sua leitura, que vamos juntos, paulatinamente, perseguir este objetivo e assim honrar a SPGG, os Portugueses com mais de 65 anos e também Portugal.

Hoje somos assim, amanhã seremos melhor. Boas leituras!

Cumprimentos afetuosos,

Mário P. Pinto

Stella Bettencourt da Câmara



Mário P. Pinto

Vogal da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia



Stella Bettencourt da Câmara

Vogal da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia

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



ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA CUIDAR DA PESSOA IDOSA E A NECESSIDADE DO AUTOCUIDADO

ANELISE FONSECA

Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, seccional Rio de Janeiro
PhD, ENSP/Fiocruz; Geriatria pela SGG/AMB e Presidente da Sociedade Brasileira
de Geriatria e Gerontologia, seccional Rio de Janeiro (2022/2025)

Introdução

Quando o profissional de saúde, seja na graduação ou após sua conclusão, segue em busca de especializações e decide trabalhar com envelhecimento, provavelmente suas motivações começam pela oportunidade de trabalho, diante da demografia e uma possível experiência pessoal. Independente da área de atuação, sabe-se que as experiências familiares ou ao longo da trajetória de vida, o contato com a pessoa idosa estimula o interesse pela área do envelhecimento. Cuidar de idosos inicialmente se assemelha a cuidar de qualquer população: há que ter o conhecimento técnico, compreender o discurso e encaixar em uma receita replicável a qualquer pessoa.

No entanto, para lidar com as queixas e demandas da pessoa idosa e, mais, alcançar o que se deseja - ser um profissional reconhecido pelo seu paciente - vai exigir do profissional algo além do estudo técnico. Para cuidar da pessoa idosa, focar apenas no conhecimento científico teórico e saber “prescrever a ciência aprendida” nos cursos não atende. Ao agir utilizando as habilidades básicas, inerentes a qualquer profissional de saúde, como ouvir e transcrever o que se escuta em uma solução simplória não é o suficiente diante da fragilidade.

Há um conjunto de características diferenciadas do comportamento do profissional que podem e devem ser desenvolvidas pela possibilidade não apenas pelo risco de cometer alguma iatrogenia como também o risco de o próprio profissional adoecer. Essas características podem ser nomeadas de habilidades e competências avançadas e entre elas estão a escuta empática e empatia, a presença, a coerência e a compaixão.

Se o conhecimento técnico depende do estudo sistematizado, disciplinado, as habilidades sociais e humanas, consideradas também competências esperadas, devem ser desenvolvidas; obviamente existem profissionais que já reúnem um talento nato e é reconhecidamente um exímio cuidador de idosos, mas são raros. Reunir habilidades e competências avançadas depende de vários fatores tais como: i) a compreensão pelo profissional que há características ímpares e que devem ser adquiridas ou desenvolvidas para cuidar de uma pessoa idosa e que estão além da paciência; ii) a auto percepção do profissional da necessidade de desenvolver aquilo ao qual se mostra deficiente; iii) a auto percepção do profissional que precisa estar atento e refletir a respeito das vivências dolorosas do paciente; iv) estar ciente que seu comportamento pode gerar insatisfação do paciente e ou da família; v) interesse no autodesenvolvimento pessoal; vi) buscar as melhorias necessárias para aperfeiçoamento profissional não exclusivamente centrado na técnica e, provavelmente o mais importante, que o profissional de saúde

saiba que é um imperativo ético cuidar de si antes de cuidar de alguém.

A exigência em desenvolver habilidades e competências para cuidar da pessoa idosa se dá não apenas para os cuidados de fim de vida, em que o paciente e sua família tornam-se o foco da atenção do profissional de saúde, já que em qualquer relação profissional esse deve ser o agente de criar uma atmosfera de confiança e garantir sua presença de alguma forma, se aproximando da realidade do paciente, cultivando as boas relações humanas e assim favorecendo uma relação profissional, mas de afeto e duradoura e não exclusivamente técnica.

Não é muito fácil nos dias atuais, com as “relações líquidas”, evocando Baumann, (Bauman, 2004) uma dinâmica relacional sem ruído e, por isso, fácil de descartar. Espera-se de ambos o respeito e tempo suficiente para estabelecer uma relação de confiança para garantir sua permanência. Muito importante para a pessoa idosa compreender as vantagens de uma relação profissional de longa duração, investindo em um profissional tecnicamente adequado e que está apto a demonstrar suas competências humanas.

Nessa relação mais íntima, outro ponto a ser ressaltado é a importância do autocuidado por parte do profissional de saúde. A dinâmica da relação profissional tem as suas peculiaridades e complexidades e assim se espera dessa pessoa atuante o discernimento e a consciência de seu estado mental, emocional e social para lidar com a pessoa idosa. A busca por um equilíbrio entre seus papéis – profissional, familiar, social - deve ser uma constante para que seus atos profissionais não sejam um reflexo de um momento de vida mais difícil de gerenciar e até uma possível doença mental.

Habilidades e Competências para cuidar de alguém

Entende-se habilidade como uma capacidade em realizar alguma coisa, pôr em prática algo que aprendeu; a competência tem um conceito mais amplo e exige a coordenação do conhecimento com habilidades, o que inclui atitude e isso envolver comportamento do ser humano. Ao lidar com idosos se espera que o profissional tenha ou desenvolva características comportamentais, aqui denominadas competências avançadas que estão além do conhecimento científico preconizado nos currículos de graduação e pós-graduação. A expectativa é que reconheça a importância de tais competências e que as desenvolva a fim de exercer sua área de atuação de forma mais profícua. Essas características, quando presentes, auxiliam o profissional de saúde a criar um vínculo – uma ligação – com o paciente, a tal ponto que surge uma conexão entre duas pessoas, cujo um dos

valores essenciais de um é cuidar e do outro é ser cuidado; há uma inegável melhoria nas relações humanas e assim torna-se possível inclusive realizar a abordagem da dimensão espiritual, especialmente quando se destaca o sofrimento humano e o propósito de vida do paciente.

Quando se fala de propósito de vida é importante esclarecer do que se trata. Propósito é tudo aquilo que orienta a nossa trajetória existencial, está intimamente associado à nossa identidade e se baseia nas nossas crenças e valores. Nosso propósito de vida, por exemplo, pode ser a lembrança de quem somos e do impacto que causamos no universo, conectando-se diretamente aos nossos talentos, ações, objetivos, sonhos e aspirações mais profundas (Sri Prem Baba, 2016; Francesc Torralba, 2013).

Sofrimento é qualquer experiência aversiva (não necessariamente indesejada) e sua emoção negativa correspondente. Ele é geralmente associado com dor e infelicidade, mas qualquer condição pode gerar sofrimento se ele for subjetivamente aversivo. O sofrimento, de acordo com Eric Cassel (Cassel, 1982), é um estado de estresse quando a integridade é ameaçada ou rompida. Sofrimento gera incertezas, angústias, medo, tristeza, frustração e dependendo de sua origem não há medicação que o amenize.

No universo do envelhecimento são várias as causas de ruptura de propósito, de reflexões de vida em que a pessoa se coloca em perspectiva, principalmente pelo sofrimento. Desde a percepção dos limites do corpo pela senescência, o diagnóstico de uma doença que o exija fazer uso de medicações a longo prazo para o controle dos sintomas mas que nem sempre impede seu avanço, a comunicação de que o tratamento prescrito para uma doença não terá fins curativos, a perda de independência para as atividades de vida diária, a perda da autonomia que significa não conseguir tomar suas próprias decisões de acordo com seus valores, a perda dos papéis que desempenhou ao longo dos anos e, por fim, sem esgotar, a morte de alguém querido. Todos esses exemplos são motivos de queixas, nem sempre objetivas e de fácil diagnóstico, mas que reclama por uma forma diferenciada de abordagem por parte do profissional de saúde.

Competências esperadas ao lidar com a pessoa idosa

De forma pedagógica as habilidades necessárias para lidar com a pessoa idosa, especialmente àquela que sofre, podem ser divididas em: espirituais, psicológicas e sociais. Quando o profissional consegue coordenar cada habilidade contida no grupo e concatena os grupos, ele está demonstrando sua competência na abordagem do sofrimento. As referências inspiradoras para esse momento do capítulo são a literatura disponível gratuitamente pela sociedade espanhola de cuidados paliativos e Enric Benito, oncologista espanhol com vasta literatura também disponível gratuitamente nas redes (Secpal; Enric Benito researchgate.net; alfinaldelavida.org).

I - Habilidades Psicológicas: empatia, autenticidade e aceitação incondicional

Empatia

Não é sinônimo de uma “boa escuta” e sim a ressonância cognitiva com o outro; na verdade, existem dois tipos de empatia: a cognitiva e a emocional, de acordo com Tania Singer (Singer and Klimecki, 2014). Todo o profissional de saúde para lidar com a pessoa idosa deve desenvolver essa habilidade como

uma ferramenta para aprofundar sua relação. Sua raiz (*pathos*) está presente também em simpatia, antipatia, compaixão e faz referência a que foi experimentado de forma existencial pelo ser humano; logo, faz parte da própria condição humana e é através dela, da empatia, que se conecta com essa vivência do outro.

Existem também dois níveis de empatia – a básica, em que o profissional percebe o que está ocorrendo e reflete de forma explícita e avançada, em que o profissional percebe na fala subjetiva, na comunicação não verbal, o real significado do sofrimento e nem sempre o paciente tem consciência da causa do mesmo. Duas características muito importantes da empatia:

- a. Com ela o profissional capta o referencial interno da pessoa. Essa conexão permite perceber o mundo do outro, sua perspectiva, seus referenciais internos, suas crenças e com isso favorece o estreitamento da relação. Permite ainda conhecer opiniões, pensamentos, significados, emoções, valores do idoso, ou seja, permite uma aproximação tamanha com o mundo interior do outro que pode contribuir para o sofrimento do próprio profissional.
- b. Através da empatia, o profissional demonstra ao paciente que está percebendo, e mais, compreendendo sua situação de sofrimento. Ou seja, com a empatia o profissional percebe, compreende e valida do que a pessoa está sentindo. O grande risco é quando o profissional, em especial de forma inconsciente, absorve esse sofrimento, passando a sofrer pelo paciente, cuja consequência pode ter graus variados, inclusive o *burn out*.

Autenticidade ou Congruência

Também conhecida como coerência ou transparência, não é sinônimo de sinceridade. É a expressão de que o profissional está sendo verdadeiro, mas respeitoso com o momento do paciente. Divide-se em duas: a primeira é a forma genuína de se manifestar externamente – sob a mira do entorno – o que realmente se pensa (congruência externa – o que o profissional pensa, expressa) e a segunda, que acontece ao mesmo tempo, demonstrar segurança, ou seja, que não há dúvidas no que fala (congruência interna – existe uma coerência entre o que o profissional pensa e age; suas atitudes e sua fala) e assim, não há dissonância entre a linguagem corporal e a fala do profissional. Essa segunda congruência é que gera maior número de problemas ao profissional de saúde e suas relações, independente se com o paciente ou com ele mesmo. Isso porque quando não demonstrando congruência interna, há a expressão das contradições. O que se diz não é o que se pensa e ou se demonstra, favorecendo o distanciamento por falta da verdade por parte do paciente e sofrimento do profissional por expressar algo que não é aquilo que acredita, com possível geração de repercussão somática.

São três elementos que fazem parte da autenticidade:

- a) Comunicação externa – como me expresso;
- b) Consciência – como o profissional se percebe racionalmente, como ele percebe e gerencia as emoções;
- c) O entorno ainda não percebido – o que afeta o profissional, algo mais profundo e nem sempre explícito, consciente.

Um profissional de saúde autêntico, portanto, é aquele que mantém a correlação do que pensa, sente e expressa sem rupturas, integrando o que se vive, o que está presente na sua

consciência e é o mesmo que ele expressa com a sua comunicação, incluindo a não verbal.

Aceitação incondicional

É uma habilidade com as seguintes características:

- a) Não há julgamento do outro;
- b) Há uma visão positiva da pessoa e suas potencialidades;
- c) Cordialidade no trato, respeitoso comportamento civilizado e até amoroso;
- d) Mostra interesse pela pessoa, por seus interesses, por seus valores, pela sua história;
- e) Não há condição para aceitar seu passado, presente e seu futuro; sua forma de expressar e de viver, sem reservas, inclusive seus sentimentos e conduta.

II - Habilidades Sociais: Comunicação, Civilidade, Positividade

Comunicação

Palavra derivada do termo latino “*communicare*”, que significa “partilhar, participar algo, tornar comum”. É por meio dessa habilidade que seres humanos e até mesmo os animais trocam informações entre si; essencial para a vida em sociedade. Comunicamos o tempo todo e através de diferentes veículos – palavra oral e a escrita; através de desenhos e das expressões faciais – em especial os olhos – ou usando símbolos e sinais, como a fumaça e os dedos. Mesmo diante de infinitas possibilidades de comunicar, não são todos os profissionais de saúde que têm na efetividade da comunicação o seu melhor adjetivo. A comunicação possui elementos – o emissor, o receptor, o conteúdo da mensagem e, como já citado, os diferentes canais. Comunicar com o idoso exige compreender as facetas da senescência como a hipoacusia, presbiacusia e a redução da velocidade na concatenação das ideias; exige que o profissional perceba o nível de compreensão que o idoso tem em relação aos termos técnicos e assim adequar a fala para seu entendimento; exige ainda um olhar atento na comunicação não verbal para perceber o melhor momento de determinados assuntos, como dar uma má notícia ou saber explorar se ele realmente se interessa em saber.

A comunicação se subdivide em assertiva e empática. A assertiva é a habilidade de dar respostas assertivas e honestas, que sejam adequadas à cultura, à situação e às outras pessoas envolvidas. Uma pessoa assertiva é aquela que se comunica adequadamente de maneira direta, aberta, sincera, objetiva e efetiva sem provocar constrangimentos em outras pessoas. Ela aposta na mudança de comportamento para melhorar e se adaptar a todos os tipos de personalidade. A comunicação empática é baseada na empatia gerada entre os interlocutores, bem como na valorização e respeito ao outro. No contexto da saúde, a premissa é que o profissional favoreça a troca e compreensão mútua, na qual o profissional e o paciente/família estão no mesmo nível para conversar, dirimir as dúvidas e assim, de forma clara e respeitosa, pactuar o plano de cuidados e alcançar o sucesso terapêutico proposto.

Civilidade

O que aqui se denomina civilidade é a habilidade de demonstrar que vivemos em sociedade, que valorizamos o coletivo; são ações básicas como agradecimento, as saudações de chegada

e saúde, gentilezas; é a demonstração que há atenção ao outro e, mais ainda, que se valorizam as denominadas “normas de convivência em sociedade” em que o direito de um termina quando o do outro surge, incluindo todo ser vivo; uma demonstração de maturidade coletiva, inclusive.

Positividade

Quando o profissional demonstra não apenas sua solidariedade com o idoso, mas cultiva a esperança; ele está aberto às possibilidades da vida do idoso e transmite essa abertura através do otimismo realístico; celebra as vitórias diárias estimulando o idoso a elaborar pequenos projetos a curto prazo e a construir com ele algo maior; gerencia suas emoções e não oferece soluções irrealizáveis, evitando promover a ansiedade e a geração de frustração.

III - Habilidades Espirituais: Compaixão, Hospitalidade e Presença

Compaixão

Uma habilidade que necessariamente deve ser desenvolvida até como mecanismo protetor para o profissional de saúde a fim de evitar a chamada “fadiga da empatia”, uma das formas de *burn out*. A compaixão é mais do que empatia, é reconhecer que o outro sofre e agir, intencionalmente, para que a pessoa se livre desse sofrimento (Jhinpa, 2016). A compaixão reconhece o estado emocional do outro e exige que o profissional tenha desejo e coragem para fazer algo a favor do alívio; o fato de gerar uma ação de alívio faz com que o profissional se mova e é esse processo protetivo a fim de evitar a fadiga da empatia. A compaixão, portanto envolve intencionalidade e compromisso com a pessoa a ser cuidada e sua antítese seria a crueldade. Com a compaixão se mantém a segurança e a confiança da relação.

Um dos caminhos iniciais é a conexão que se dá a partir do encontro e, esse, com o contato visual firme, sincero e generoso para que a relação possa fluir. Importante destacar também que compaixão não é lamentar ou ser piedoso. São completamente distintos. O lamento e a piedade demonstram que há um “desnível na relação”, o sentimento predominante é o medo, a arrogância, a superioridade, como se um estivesse em uma posição melhor que a do outro por não estar sofrendo. A compaixão surge pelo amor e, esse, portanto quando é despertado na relação do cuidado, pela conexão com o outro e essa através da inicial empatia, motiva a ação em livrar o outro do sofrimento, promovendo o surgimento da compaixão. Como um processo, a compaixão exige equilíbrio da atenção e da emoção; exige o cultivo da intenção altruísta e da intuição e, por fim, exige dar resposta comprometida e ética ao sofrimento. Não é uma reação emocional e sim uma ferramenta proativa em que o profissional assume o risco desse cuidado e por isso não há neutralidade. Empatia é sofrer pelo outro, a compaixão é com o outro e assim o profissional consegue distinguir que o sofrimento não é dele.

Hospitalidade

Também conhecida por acolhimento é a capacidade de abraçar, metaforicamente e até concretamente, o outro; agasalhar, envolver, ser gentil, generoso e amável a outra pessoa. Significa “receber alguém como convidado”, o que aumenta a responsabilidade do anfitrião, no caso do profissional para seu paciente,

pois o profissional necessita estar preparado para satisfazer o convidado, exigindo estar aberto a essa relação com o outro; é estar está curioso em conhecer e auxiliar a pessoa idosa que chega até esse profissional com expectativa.

A hospitalidade está relacionada diretamente com a aceitação incondicional da pessoa e é verificada sob o prisma de quem é o hóspede, aquele que está sendo cuidado. Essa aceitação é importante para o reconhecimento do outro e da criação do espaço de encontro, horizontal e fraternal, criando um “nós” ao invés de “eu” e você. Com a hospitalidade fica muito clara a simetria da relação entre profissional e a pessoa idosa que busca ser cuidada. Busca-se desenvolver um espaço de confiança a fim de que haja a possibilidade de desenvolver a transparência na relação. Assim, compreende-se que o cuidador também precisa receber esse acolhimento diante de uma expectativa frustrada criada.

A hospitalidade, enquanto treinamento, nunca será concluído, pois é uma tarefa contínua, inacabada em que a confiança entre os atores cria um lugar de paz, de tranquilidade, seguro. O profissional inclusive agradece a oportunidade do encontro, pois dele se faz mais hospitaleiro, pois a hospitalidade tem seu valor por si, é um valor intrínseco, pois sem ela, a sociedade torna-se desumana (Diego Gracia, 2013).

Presença

Palavra que do latim significa a qualidade de estar junto, ao lado; essa habilidade está associada a congruência pois é dela que se espera de todo profissional de saúde que cuida de alguém que busca ajuda, em especial, em sofrimento; pode não ter palavras a dizer, mas a atitude de buscar o encontro, seja o contato físico, um gesto significativo, o olho-a-olho ou até uma mensagem, todo e qualquer esforço para dizer “eu estou aqui com você” tem o significado da presença. A presença é o melhor remédio para o medo, é a verdadeira expressão da dimensão relacional e comunitária da vida e que, mesmo na experiência individual, a pessoa não está sozinha. É uma oferta e deve estar disponível essencialmente nos momentos de crise, de claudicação, de medo.

Para desenvolver essa habilidade normalmente há três etapas que se sucedem:

- i) a primeira é o profissional estar aberto para cuidar, preparando seu espaço interno e compreendendo que precisa muitas vezes estar inteiro, com o paciente idoso significa deixar de lado as próprias preocupações, com uma postura de acolhimento, oferta genuína de seu tempo e sem julgamento ou interesse;
- ii) a segunda etapa é estar mergulhado no universo da pessoa idosa e de suas queixas e significados; é estar receptivo à experiência do outro, é a dedicação com atenção plena ao que o paciente evoca e ao seu contexto;
- iii) a terceira está centrada na experiência do próprio profissional a essa presença terapêutica; estar com a consciência, com a conexão e com as sensações, ainda, com toda a intenção de responder de melhor e da mais adequada forma de cuidado. Estar presente significa enfrentar as perguntas difíceis e a ansiedade existente a todo o momento do encontro entre o profissional e o idoso. Exige, portanto, que o profissional esteja conectado com ele mesmo, que haja coerência entre o que ele pensa, sente e se expressa; que ele

esteja também ciente e em equilíbrio com o que ele se propôs a fazer e a realidade do seu entorno, sabendo muitas vezes que é tão frágil quanto aquele de quem cuida, com seus medos e inseguranças; precisa cultivar a harmonia desse aspecto pois não é tarefa fácil ser responsável pelo cuidado de outra pessoa e de seu entorno; há que ter energia, uma vitalidade de corpo e alma na tarefa e por isso o autocuidado é um imperativo ético a fim de evitar o próprio sofrimento através do *burn out*.

O profissional como ferramenta de acompanhamento

Para cuidar de uma pessoa idosa o que se espera do profissional é o vínculo. Essa propriedade da relação de cuidado faz com que haja conexão com o mundo subjetivo da pessoa idosa e facilita a adaptação ao processo de adoecimento. Todo profissional vivencia emoções e sentimentos provenientes dessa relação. Reconhecer, aceitar e tomar consciência dos mesmos e os significados é de suma importância para uma relação profícua do cuidado e exige integridade, amadurecimento e, novamente, coerência. O gerenciamento das emoções juntamente com o grau de amadurecimento são itens fundamentais para uma prática efetiva e saudável do cuidado e são desenvolvidos ao longo do tempo, com a experiência da prática clínica, pessoal e o aprendizado que os pacientes nos oferecem com o convívio diário.

O autocuidado está também inserido nesse contexto, pois ao se dedicar a cuidar de si, o profissional desenvolve cada vez mais as habilidades e as competências necessárias para cuidar do outro. Enquanto ferramenta de acompanhamento, o profissional sempre tem a intenção de praticar o melhor; contudo a ausência da percepção que está gerando prejuízo ao paciente já demonstra uma inabilidade para cuidar de alguém. Todos profissionais devem buscar a sua qualidade de vida através do autocuidado, a fim de equilibrar a satisfação pela compaixão e se proteger da fadiga da empatia e o risco de *burn out*.

É através do autocuidado que a autoconsciência é desenvolvida e essa é parte integrante do imperativo ético do cuidar de alguém. A autoconsciência exige atenção e não apenas ao paciente, mas aos próprios sentimentos, permite uma perspectiva mais ampla de uma situação e o desenvolvimento de relações mais saudáveis para que seja um catalisador de relações empáticas para que delas possam surgir a compaixão. Importante que o profissional reconheça o quanto a relação de cuidado pode ser processo de aprendizado. Ao contrário, se não há a autoconsciência, o profissional abre um espaço para a fadiga da empatia, para a síndrome do *burn out*, permanece com a perspectiva estreita e muitas vezes com a sensação de não ter opções e assim seu trabalho se dá apenas por obrigação, pela responsabilidade que assumiu.

O auto cuidado, portanto, deve ser entendido como uma forma de ser do profissional de saúde e não aquilo que tem que ser feito apenas para distrair da carga de trabalho. É uma forma de aproveitar o tempo presente, consciente, refletindo e disfrutando da relação de cuidado.

O autocuidado

A capacidade de manter a calma, o discernimento e o equilíbrio emocional, presentes em uma relação profissional, podem ser considerados três elementos de destaque pertencentes a um grupo de virtudes que se esperam do profissional, mas de difícil

aquisição e, mais ainda, de ensinamento.

De acordo com McCann (McCann et al, 1990), quando o profissional não consegue transformar a experiência negativa do seu trabalho diário surge o *Trauma do vicário* e a consequência é o afastamento e até abandono do paciente. Por outro lado, o *crescimento vicário pós traumático* surge quando o profissional cresce clinicamente e, mais, se dá conta que ele amadureceu emocionalmente, reconhece que aprendeu com a experiência do cuidado, que enriqueceu sua vida com a experiência do cuidado.

O autocuidado surge, de acordo com Kearney, a partir do momento que há a autoconsciência em que a relação terapêutica gera aprendizado, conexão e reforça o sentido do trabalho, ou seja, o propósito do profissional (Kearney et al, 2009). Ainda, quando o profissional desenvolve sua atenção plena nas situações vividas, acaba por refletir em seus atos, auxiliando nos processamentos emocionais, melhorando a percepção corporal, contribuindo para uma autoperspectiva. Ao se manter atento, o profissional cuida de seus pensamentos, julgamentos, sentimentos e encontra um espaço interno de confiança e segurança, o que contribui para proteger contra *burnout*. Assim, o autocuidado é mais do que cuidar da saúde do corpo, agrega cuidar de sua saúde mental, de como o profissional cuida de si e de suas relações interpessoais.

O autocuidado tem várias dimensões: a física, a mental, a espiritual e a emocional, influenciando no equilíbrio profissional; seja a partir de hábitos saudáveis em relação à alimentação, ao exercício físico, a busca por uma boa noite de sono; o desenvolvimento de relações saudáveis, de pausas restauradoras; a identificação e gerenciamento das emoções, desenvolvimento da resiliência; a busca pela conexão com que transcende e com que motiva além da religião (a fé confessa e seus ritos e crenças), todos são exemplos de conteúdos pertencentes às dimensões do autocuidado.

A importância do autocuidado está relacionada com: um melhor gerenciamento de estresse evitando a fadiga por empatia e uma melhor qualidade de vida, visando à manutenção do bem estar. Mesmo que esteja presente o fator cognitivo sobre a importância que deva ser dada pelo profissional de saúde a esses aspectos, possivelmente nada será feito por ele se o fator afetivo não estiver presente. Já dizia o ditado, se aprende no amor e na dor; portanto se não houver o aspecto emocional que impulse uma ação, o autocuidado permanecerá apenas no discurso teórico.

Considerações finais

O envelhecimento tem suas características próprias e as observamos em qualquer ser vivo. No que se refere aos seres humanos, o envelhecimento tal qual a infância, tem suas delícias e seus limites. Saber lidar com eles, enquanto paciente, é uma construção ao longo da vida; saber lidar com eles, enquanto profissionais não é apenas uma construção acadêmica, científica e sim de vida. O profissional desejoso de trabalhar com idosos deverá estar atento à sua forma de cuidar do outro e, mais, a sua forma de escolher seu próprio destino profissional. Para trabalhar com idosos exige muito mais que conhecimento técnico. Exige disposição em estar aberto a conhecer a imensidão do que seja um ser humano, suas complexidades e oferecer a ele um espaço de confiança através do vínculo entre duas pessoas. Para tal demanda, esse profissional deve desenvolver habilidades e competências cujo aprendizado está além dos li-

vos acadêmicos e sim com o desenvolvimento da atenção à vida, à cultura e assuntos gerais que promovam a conexão com o paciente. Muitas vezes é de um esforço enorme essa conexão e para evitar a sobrecarga o profissional deve se cuidar.

Saber ouvir a queixa e transformar em prescrição efetiva é um processo esperado e uma das habilidades de base da relação profissional. Estar presente, desenvolver a capacidade de oferecer o seu acolhimento, sua hospitalidade, seu tempo, sua empatia e compaixão são alguns dos vários predicados que o profissional deve ter e praticar e que aqui foram denominadas competências avançadas. A partir do momento que o vínculo surge, a relação ganha uma importância tamanha que o paciente adere a qualquer tipo de orientação e, como consequência, um ganho de maior grau de responsabilidade por parte do profissional.

Sendo assim, o autocuidado torna-se um processo-chave inserido nos hábitos profissionais de qualquer terapeuta que lida com o envelhecimento. O autocuidado não é uma autoproteção, mas diante da vulnerabilidade pessoal que todos os profissionais estão suscetíveis a apresentar, o autocuidado é um indício não apenas de maturidade, mas acima de tudo, de ética profissional.

Bem vindos ao mundo das “entrelinhas”, caro leitor. Estar atento a tudo aquilo que os olhos não vêem, procurar o aperfeiçoamento nas relações humanas e focar no paciente, em suas histórias e na sua história pode ser um ótimo caminho para uma frutífera relação profissional.

Referências bibliográficas

- Cassel EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *N Engl J Med* 1982; 306:639-645.
- Duarte J, Pinto-Gouveia J. Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *Int J Nurs Stud* 2016 Dec;64:98-107.
- Gracia D. Repensar la hospitalidade. Em Gracia D. *Construyendo Valores*. In Guia Secpal del grupo de Espiritualidad, 2008.
- Horn, DJ, Johnston CB. Burnout and self care for palliative care practitioners. *Med Clin N Am*, 2020.
- Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison R, Mount B. Serl-cae of physicians caring for patients at the end of live. *JAMA* march 18,2009, vol 301, no 11.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986) (2a ed). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Pr.
- McCann IL and Pearlman LA, Vicarious traumatization: a framework for understating the psychological effects of working with victims. *Jornal of trauamtic stress*, 1990, 3(1), 131-149.
- Orellana-Rios CL Radbruch L, Kern M, et al. Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an “on the job” program. *January 2018BMC Palliative Care* 17(3).
- Organização Mundial de Saude. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. 2019.
- Paiva CL, Canario ACG, China ELCP, Gonçalves Ak. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics* vol.72 no.5 São Paulo May 2017.
- Reinhart M. Quiron e a Jornada Em Busca da Cura. 1993, Ed Rocco.
- Sauderns C. *Velai Comigo – inspiração para uma vida em Cuidados Paliativos*. 2018. Ed Workbook.
- Schernhammer ES, Colditz GA, Suicide rates among phisicians: a quantitative and gender assessment. (meta analysis). *Am J Psychiatry* 2004; 161:2295-302
- Sri Prem Baba. Propósito - A coragem de ser quem somos, 2016.ed Sextante.
- Torralba Francesc. *Inteligencia Espiritual*. 2013, ed Vozes, Thupten J. *Um coração sem medo*. 2016. ed Sextante, www.secpal.com
https://www.researchgate.net/profile/Enric_Benito
<http://www.alfinaldelavida.org>
- Singer T, Klimecki O. Empathy and Compassion. *Current biology*. volume 24, Issue 18. Pages 2073-2216, R827-R940 (22 September 2014).
- Zygmunt Bauman. *Amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Ed Zahar.
- Thupten J. *Um Coração sem Medo*, 2016. Ed Sextante.

Avaliação peri-operatória para cirurgia não cardíaca

MANUEL OLIVEIRA CARRAGETA

Presidente da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia



O rápido aumento da idade da população tem tido impacto em todas as áreas da medicina, com particular reflexo na clínica do peri-operatório. A idade avançada associa-se a um aumento do risco que mais que duplica as taxas de morbilidade e mortalidade, sendo que mais de metade das cirurgias são efetuadas em indivíduos com mais de 65 anos de idade. Os idosos têm doenças mais avançadas, mais comorbilidades, estão geralmente polimedicados e sofrem de mais complicações peri-operatórias que os doentes mais jovens. As complicações pós-cirúrgicas mais frequentes são, nomeadamente, o enfarte do miocárdio, o AVC, as pneumonias, a insuficiência renal, a disfunção cognitiva pós-operatória e o declínio funcional.¹⁻³

Uma avaliação pré-operatória adequada é uma oportunidade para se otimizar a saúde do doente antes da agressão cirúrgica. Esta oportunidade é maior quando a cirurgia é eletiva e muito limitada no caso das cirurgias urgentes. Muitas doenças crónicas com maior prevalência nos idosos, tais como as cataratas, as artroses da anca e do joelho, doenças cardiovasculares e cancro são passíveis de cirurgia.³⁻⁶

No doente geriátrico, as doenças, incluindo as cirúrgicas, têm frequentemente uma apresentação atípica, ou seja, diferente da descrição em termos de sintomas e sinais, que está nos livros para os doentes não idosos. As queixas podem ser vagas, manifestando-se por diminuição súbita da capacidade funcional ou alterações do comportamento (p.e. confusão mental, quedas, diminuição da mobilidade, incontinência urinária, fadiga, etc.). Um diagnóstico inexacto ou atrasado coloca os idosos em maior risco de hospitalização prolongada, iatrogenia e morte.¹⁻⁶

Em 2012, o American College of Surgeons (ACS) e a American Geriatric Society (AGS) publicaram, em conjunto, recomendações para a avaliação pré-operatória

dos doentes idosos. Estas recomendações compreendem avaliações específicas para os doentes geriátricos, tais como a avaliação do estado cognitivo, da depressão, do risco de delírio, do estado funcional, do grau de fragilidade, do estado nutricional e, ainda, assegurar que o doente compreende e concorda com a necessidade, benefícios e riscos da cirurgia prevista.⁷

Avaliação cardiovascular – O envelhecimento determina várias alterações do aparelho cardiovascular que aumentam o risco de complicações, que se associam a elevada taxa de mortalidade operatória. Logo que é decidido que o doente necessita ser operado, deve ser avaliado o seu risco de complicações cardiovasculares, tendo em atenção que cerca de 25% a 30% das mortes que ocorrem no peri-operatório são atribuídas a causas cardíacas.^{8,9}

Este risco depende do risco próprio do doente e das características (risco) da cirurgia. O risco próprio do doente é determinado pela sua capacidade funcional e pelos outros determinantes clínicos. Já o risco da cirurgia depende do local da doença e do tipo de cirurgia.⁶⁻⁹

Na observação inicial, o clínico deve averiguar se o doente tem sintomas de angina, dispneia, síncope ou palpitações e ainda se há história de doença cardiovascular. Em adição deve ser avaliado o seu estado (capacidade) funcional. Este estado é um preditor independente de morte peri-operatória e faz parte do algoritmo conjunto do American College of Cardiology e da American Heart Association.⁸

O exame físico do aparelho cardiovascular inclui a medição da pressão arterial, a auscultação cardiopulmonar, a palpação abdominal e a pesquisa de edemas dos membros inferiores.

Se o doente tiver hipertensão de grau ligeiro ou moderado (menos de 180/100 mm Hg), não há necessidade de adiar a cirurgia. A

terapêutica anti-hipertensiva deve ser mantida durante o período peri-operatório.

A realização do ECG tem como racional sobretudo obter-se um ECG basal para comparação, particularmente importante, caso o ECG pós-operatório seja anormal.

A fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) é um fator de risco independente de complicações cardiovasculares, com um significativo aumento do risco, quando a FEVE é inferior a 40%.^{7,8}

Como já referimos, todos os doentes programados para cirurgia não cardíaca devem ter uma avaliação do risco de evento cardiovascular pré-operatório. Existem várias ferramentas para avaliar o risco cardíaco pré-operatório, sendo a mais utilizada e validada em múltiplos estudos a The Revised Cardiac Risk Index (RCRI). Para os doentes de baixo risco (<1%) não são necessários mais exames. Mesmo para os doentes de alto risco deve seguir-se o princípio que só se justifica fazer qualquer exame mais avançado se existir potencial para que esse exame vá melhorar a gestão do caso e os resultados.⁷⁻⁹

Os doentes de alto risco, ou seja, os doentes com enfarte do miocárdio recente, angina instável, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias de alto grau, doença valvu-

lar importante, particularmente a estenose aórtica ou mitral sintomática, deverão, em princípio, ser referidos ao cardiologista.⁷⁻⁹

Avaliação pulmonar – A idade superior a 65 anos aumenta o risco de complicações pulmonares pós-operatórias, tais como pneumonias, atelectasias e broncospasmo. A necessidade de entubação prolongada ocorre em cerca de 15% dos doentes com mais de 70 anos. Os principais fatores de risco para estas complicações são a doença pulmonar ativa, o tabagismo, a insuficiência cardíaca, a doença renal crónica, as perturbações cognitivas e a dependência funcional. O RX de tórax é recomendado apenas nos doentes candidatos a cirurgia major, que não tenham feito este exame nos últimos 6 meses. As provas funcionais respiratórias só raramente são necessárias. Para diminuir o risco de complicações, o doente deve deixar de fumar pelo menos 2 meses antes da cirurgia eletiva.⁶⁻⁹

Avaliação do estado funcional – A avaliação do estado funcional é crítica no doente idoso, visto que a dependência funcional é o preditor independente mais significativo de mortalidade pós-operatória aos 6 meses. É importante salientar que as decisões devem ser tomadas, em cada doente, mais com base no estado funcional do que na idade cronológica.

A capacidade para executar as atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) devem ser avaliada pré-operatoriamente. As atividades básicas da vida diária (ABVD) abrangem as capacidades básicas para cuidar de si, ou seja, para fazer os autocuidados essenciais, enquanto as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) compreendem atividades mais complexas necessárias para o indivíduo levar uma vida independente em sociedade.^{10,11}

As atividades básicas da vida diária, como comer, vestir-se ou ir à casa de banho gastam cerca de um MET. Caso o doente tenha incapacidades ABVD deve ser referenciado para fisioterapia e terapêutica ocupacional. A marcha e a mobilidade podem ser avaliadas empregando o teste “timed-up-and-go” (TUG). Também deve ser dada atenção às funções sensoriais da visão e da audição, pois no caso de estarem afetadas podem aumentar o risco de delírio, quedas e dificuldades de comunicação. Um doente que seja capaz de subir dois lances de escadas ou andar em terreno plano a cerca de 5 Km/hora (4 METS), em princípio, tem aptidão para a cirurgia.¹²

Síndrome de Fragilidade

A síndrome de fragilidade é uma condição caracterizada por reservas fisiológicas diminuídas e grande vulnerabilidade às agressões, mesmo as mais ligeiras. A prevalência aumenta exponencialmente com a idade, sendo aos 65 anos geralmente inferior a 10%, enquanto depois dos 85 anos pode exceder os 50%.

A fragilidade é uma entidade multidimensional que não pode ser quantificada pela medição de uma ou de poucas características. Têm sido propostas múltiplas definições, mas em geral existem duas abordagens principais para definir a síndrome de fragilidade:

1. Modelo fenotípico

Em 2001, Fried e colaboradores publicaram um estudo fundamental em que definiram a fragilidade, com base no desempenho, utilizando 5 critérios e demonstraram que a fragilidade se associa a mau prognóstico, incluindo incapacidades, institucionalização e morte.¹³

2. Modelo de acumulação de défices (Frailty indexes)

Esta abordagem alternativa avalia a fragilidade como um índice multifatorial e dinâmico. Baseia-se no conceito de que quantos mais défices o doente tem, maior é a probabilidade da existência de fragilidade.¹⁴ Saliente-se que a precisão preditiva não difere significativamente entre os instrumentos mais utilizados, tais como o Fried Phenotype, o Edmonton Frail Scale e o Frailty Index. Para muitos autores, a Clinical Frailty Scale parece ser o instrumento mais prático para utilizar antes da cirurgia. Esta escala, desenvolvida a partir do Canadian Study of Health and Aging por Rockwood, tem nove categorias, que são atribuídas pelo médico assistente, com base na história clínica e no exame físico.^{4, 14 - 16}

A avaliação da fragilidade é muito importante na avaliação do risco pré-operatório. Embora a avaliação subjetiva ajude a identificar os doentes com maior risco de complicações, existe vantagem na utilização por rotina de métodos mais objetivos (escalas). Os idosos frágeis têm o dobro do risco de complicações pós-operatórias e maior risco de serem transferidos para um Lar após alta hospitalar.

Embora o risco absoluto de morte um mês após a cirurgia seja relativamente baixo, mesmo nos doentes idosos com fragilidade (geralmente cerca de 5% após cirurgia eletiva não cardíaca), infelizmente as taxas de mortalidade nestes doentes, ao fim de um ano, podem muitas vezes exceder os 40%, o que se julga refletir a inter-relação entre doença

subjacente, a cirurgia e a fragilidade.^{14 - 17}

Avaliação cognitiva

À medida que a população portuguesa vai tendo uma maior esperança de vida, o número de casos com défice cognitivo e demência aumenta exponencialmente. É fortemente recomendado que todos os doentes geriátricos sejam submetidos a uma avaliação geriátrica pré-operatória, porque a disfunção cognitiva pós-operatória é comum e mais facilmente valorizável se dispusermos de uma avaliação basal. A existência de um estado cognitivo diminuído associa-se a maior risco de *delirium*, internamento hospitalar mais prolongado e morte.

Igualmente, a demência é um preditor importante de mau prognóstico, associado a um aumento significativo do risco de mortalidade cirúrgica. Por isso é importante efetuar o rastreio cognitivo em todos os doentes geriátricos, especialmente nos mais idosos, podendo optar-se pelo teste “Mini – Cog”, que é um instrumento muito prático, de fácil aplicação, tendo a vantagem de não ser influenciado pelo nível de educação ou de linguagem do doente. Caso exista défice o doente deve ser referenciado para um profissional de Psicogerontologia para avaliação mais aprofundada.^{18, 19}

Ansiedade e depressão

São bastante frequentes no idoso e em particular no idoso cirúrgico, e estão muitas vezes relacionadas e são agravadas pela patologia subjacente e pelo risco percebido pelo doente, face à cirurgia. O Questionário Pessoal de Saúde (PHQ-2), com duas questões, é 86% sensível e 78% específico na identificação de indivíduos com depressão significativa e pode ser utilizado com facilidade e rapidez como instrumento de rastreio pré-operatório da depressão.²⁰

Avaliação do estado nutricional – A má nutrição é um fator-chave que se relaciona com as complicações peri-operatórias, incluindo o risco de infeções, delírio, deficiente cicatrização de feridas cirúrgicas, fraqueza muscular, risco de quedas e fraturas. Por isso, todos os doentes idosos devem ser rastreados, no pré-operatório, para malnutrição, em especial aqueles com dependência funcional, que têm um maior risco de desnutrição.

Todos os doentes a submeter a cirurgia mais agressiva devem ser avaliados pela versão curta do Mini Nutritional Assessment (MNA).²¹ Os doentes com perda de peso não intencional superior a 10% nos últimos 6 meses, IMC <18,5 ou albumina sérica <3

g/dL, estão em risco severo de complicações peri-operatórias.^{18, 20}

Nestes casos é aconselhável a referência para um profissional de Nutrição para desenvolvimento de um plano nutricional pré-operatório. Também pode ser útil prescrever suplementos nutricionais no período de preparação para a cirurgia. A European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) disponibiliza recomendações relativas ao plano nutricional.²²

Medicação- Os doentes geriátricos estão em risco de sofrer efeitos adversos devido ao habitualmente elevado número de fármacos que tomam. São particularmente sensíveis aos fármacos psicotrópicos, nomeadamente aos opiáceos e às benzodiazepinas, tão utilizados no período peri-operatório.⁷

Previamente à cirurgia é importante fazer uma revisão da medicação, suspendendo, sempre que possível, os fármacos não essenciais e mantendo aqueles em que está comprovado que reduzem, nomeadamente, os eventos cardiovasculares. As estatinas conferem proteção cardiovascular peri-operatória nos doentes de alto risco cardiovascular; os bloqueadores beta adrenérgicos só devem ser usados nos doentes de alto risco submetidos a cirurgia de alto risco, pois parecem ser prejudiciais nos doentes de baixo risco. Já os ARAII e os IECA, caso tenham sido suspensos antes da cirurgia (é defendido por alguns autores que devem ser suspensos 24 horas antes da cirurgia), por receio de hipotensão intraoperatória, deverão ser reintroduzidos no pós-operatório o mais cedo possível.^{23 - 26}

Os antidiabéticos orais são geralmente suspensos na noite da véspera da cirurgia para reduzir o risco de hipoglicemia peri-operatória.^{23 - 26}

Os fármacos para a epilepsia e a doença de Parkinson devem ser mantidos durante o período peri-operatório.^{7, 26}

As benzodiazepinas devem ser reduzidas gradualmente no pré-operatório para prevenção do risco dos sintomas de suspensão.²⁶

A aspirina e o clopidogrel devem ser suspensos 5 a 7 dias antes da cirurgia e reintroduzidos logo que o risco de hemorragia major tenha passado.^{23 - 26}

Os doentes em fibrilhação auricular a fazer anti-vitâmicos K devem fazer *bridging* caso tenham um *score* CHA2DS-2-VASc de 5 ou 6. Já com os novos anticoagulantes diretos não é necessário fazer *bridging*, pois o seu efeito desvanece-se em horas e restabelece-se tam-

bém logo que se reintroduz o fármaco.²⁴

Cuidados pós-operatórios

O objetivo dos cuidados pós-operatórios é que o doente retorne o mais rapidamente possível a níveis de função normais. Logo que possível, o doente deve levantar-se e andar no primeiro dia após a cirurgia, o que reduz o risco de perda muscular, pneumonia, embolia pulmonar e até de úlceras de pressão. Mesmo os indivíduos idosos saudáveis, quando confinados ao leito, podem perder mais de meio Kg de massa muscular por semana. A fisioterapia respiratória está recomendada visto poder diminuir as complicações pulmonares. O balanço hídrico deve ser monitorizado e a pesagem feita diariamente.²⁵

Para evitar complicações infecciosas, os cateteres de Foley devem ser removidos dentro de 48 horas e a necessidade de linhas centrais e drenos deve ser revista diariamente e removidos na primeira oportunidade.^{6, 9, 25}

Dor pós-operatória – A dor tem sido considerada o “quinto sinal vital” para salientar a importância da sua deteção e tratamento. Os idosos estão em mais alto risco de ser menos bem tratados. A dor impede o doente de recuperar mais rapidamente e pode causar delírio e depressão.^{9, 27}

Para evitar estas complicações, a dor deve ser avaliada frequentemente e o tratamento deve assegurar analgesia adequada, ao mesmo tempo que devemos evitar os efeitos secundários da terapêutica. A escala numérica é a preferida para aplicar na avaliação da dor nos doentes idosos.

O paracetamol é geralmente considerado o fármaco de primeira linha, devido à relativa falta de efeitos acessórios, não se devendo ultrapassar a dose de 4 gramas por dia para evitar a toxicidade hepática. Os AINEs são muito agressivos nos idosos frágeis, enquanto os opiáceos são considerados uma opção mais segura. No entanto, os idosos estão em maior risco de depressão respiratória, hipotensão, sedação excessiva e obstipação.²⁷

Delirium – É um estado confusional agudo caracterizado por alterações da atenção, com uma evolução flutuante, prevenível num grande número de doentes e frequentemente reversível. É frequente nos doentes idosos submetidos a cirurgia e implica um risco significativo de complicações e mortalidade. É uma das complicações mais frequentes, ocorrendo pós-operatoriamente entre 15 a 50% dos doentes idosos. Associa-se a aumento da mortalidade e das

complicações médicas, tais como quedas, pneumonia de aspiração, úlceras de pressão e retenção urinária. O fator predisponente mais forte é o défice cognitivo e a demência. As condições fisiológicas mais frequentemente responsáveis pelo delírio são a idade avançada (> 80 anos), a dor, a hipoxia, a hipoglicemia, os desequilíbrios hidro-eletrolíticos e as infeções. O delírio é causa de internamentos prolongados, institucionalização em Lares e aumento das taxas de mortalidade.^{6, 9, 25, 27}

A avaliação inicial do delírio deve focar-se na identificação das causas e na sua correção. Outras medidas incluem melhorar as condições ambientais no quarto durante o internamento (assegurar luz de dia, silêncio que permita um sono tranquilo e presença de relógio para orientação no tempo), reduzir as interrupções do sono noturno e rever a medicação. Os doentes idosos devem usar os seus óculos e aparelhos auditivos. Os critérios de Beers permitem identificar os fármacos inapropriados, tais como os anticolinérgicos, anti-histamínicos e benzodiazepinas. Para os doentes agitados, frequentemente em risco de auto lesão, deve-se fazer reorientação frequente e, se necessário, dar pequenas doses de antipsicóticos, como o haloperidol e a quetiapina. Alguns estudos apontam para que em cerca de 40% dos casos, o delírio seja evitável com as medidas preventivas já referidas.²⁶

Complicações cardíacas – Ocorrem mais frequentemente nos idosos. As complicações mais frequentes são a fibrilhação auricular e o enfarte do miocárdio. A fibrilhação auricular é causada pelo stress da cirurgia, pela hipoxia/hipercapnia, sobrecarga de volume, alterações hidro-eletrolíticas e por doença cardiovascular subjacente.

O enfarte do miocárdio pode ter uma patologia semelhante à do enfarte que ocorre fora do contexto da cirurgia, ou seja, devido à formação de um coágulo numa artéria coronária. Pode também ser provocado por um desequilíbrio prolongado no fornecimento e necessidade de oxigénio causado pelo stress cirúrgico.⁸

Doença trombo-embólica

Cerca de 20-30% dos doentes submetidos a cirurgia geral, sem profilaxia, desenvolve trombose venosa profunda e a incidência pode ser ainda mais alta nos doentes sujeitos a cirurgia da anca e joelho, cancro ginecológico, prostatectomias por via abdominal e procedimentos *major* neurocirúrgicos.

As embolias pulmonares fatais são uma significativa causa de morte no pós-operatório nos doentes idosos. Nestes casos, é aconselhável a utilização de heparina sub-

cutânea logo após a cirurgia, que deverá ser mantida até à alta do doente. Nas cirurgias gerais de baixo risco, procedimentos *minor* e doentes sem fatores de risco trombo-embólicos adicionais, não é necessário fazer tromboprofilaxia, para além do levantar e deambulação precoce e frequente. As cirurgias de risco moderado e alto devem fazer terapêutica farmacológica anticoagulante combinada com métodos mecânicos de prevenção, tais como meias elásticas ou compressão pneumática.^{6-9,25}

Para terminar, podemos dizer que a taxa de mortalidade nos doentes com idade superior a 80 anos é de cerca de 5%, com taxas de morbilidade de 25%.

A cirurgia tem risco mais elevado nos doentes com comorbilidades (especialmente com doença cardíaca) e naqueles necessitando de cirurgias emergentes major. São preditores importantes de complicações pós-operatórias a idade avançada, a DPOC, a obesidade, tempos cirúrgicos mais prolongados e a síndrome de fragilidade.

Resumo

A idade avançada associa-se a um aumento do risco que mais que duplica as taxas de morbilidade e mortalidade, sendo que mais de metade das cirurgias são efetuadas em indivíduos com mais de 65 anos de idade. Os idosos têm doenças mais avançadas, mais comorbilidades, estão geralmente polimedicados e sofrem de mais complicações peri-operatórias que os doentes mais jovens. Uma avaliação pré-operatória adequada é uma oportunidade para se otimizar a saúde do doente antes da agressão cirúrgica.

Na avaliação do risco cirúrgico deve fazer-se a história clínica e o exame físico completos. Avaliar a capacidade funcional e cognitiva, assegurar que o doente compreende e concorda com a necessidade, benefícios e riscos da cirurgia prevista. São preditores importantes de complicações pós-operatórias a idade avançada, a DPOC, a obesidade, os tempos cirúrgicos mais prolongados e a síndrome de fragilidade. Rever toda a medicação e suspender todos os fármacos desnecessários ou potencialmente prejudiciais, prevenir o risco de *delirium*, controlar a dor e reduzir os riscos de complicações cardíacas e pulmonares. Apesar do reconhecimento da importância prognóstica destas medidas, poucas vezes são tomadas formalmente na prática clínica.

Summary

More than half of surgeries are performed in individuals over 65 years of age. Advanced

age is associated with an increased risk that more than doubles morbidity and mortality rates. The elderly has more advanced disease, more comorbidities, are usually poly-medicated, and suffer from more peri-operative complications than younger patients. A proper preoperative evaluation is an opportunity to optimize the patient's health before surgical aggression.

A thorough clinical history and physical examination should be performed in the surgical risk assessment. Assess functional and cognitive ability, ensure that the patient understands and agrees with the need, benefits, and risks of the planned surgery. Review all medication and discontinue all unnecessary or potentially harmful drugs, prevent the risk of delirium, control pain, and reduce the risk of cardiac and pulmonary complications.

Important predictors of postoperative complications are advanced age, COPD, obesity, longer surgical time and frailty syndrome. Despite recognition of the prognostic importance of these measures, they are rarely taken formally in clinical practice.

Bibliografia

1. Tinetti ME, Fried T (2004) The end of the disease era. *Am J Med* 116:179-185
2. Onder G, van der Cammen TJ, Petrovic M, Somers A, Rajkumar C. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. *Age Ageing* 2013; 42:284-91
3. Cesari M, Marzetti E, Thiem U, Pérez-Zepeda MU, Abellan Van Kan G, Landi F, Petrovic M, Cherubini A, Bernabei R. The geriatric management of frailty as paradigm of "The end of the disease era". *Eur J Intern Med* 2016; 31:11-4
4. Abete P, Cherubini A, Di Bari M, et al. Does comprehensive geriatric assessment improve the estimate of surgical risk in elderly patients? An Italian multicenter observational. *Am J Surg*. 2016;211:76-83.
5. Marzetti E, Sanna T, Calvani R, Bernabei R, Landi F, Cesari M. Brand new medicine for an older society. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17:558-9
6. Kim S, Brooks AK, Groban L. Preoperative assessment of the older surgical patient: honing in on geriatric syndromes. *Clin Interv Aging*. 2017;10:13-27.
7. Chow WB, Rosenthal RA, Merkow RP, et al. Optimal preoperative assessment of the geriatric surgical patient: a best practices guideline from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program and the American Geriatrics Society. *J Am Coll Surg* 2012;215(4):453-66
8. Fleisher LA, Fleischmann KE, Auerbach AD, et al. 2014 ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64:e77-e137.
9. Mohanty S, Rosenthal RA, Russel MM, et al. Optimal perioperative management of the geriatric patient: a best practices guideline from the American College of Surgeons NSQIP and the American Geriatrics Society. *J Am Coll Surg*. 2016;222:930-47.
10. Katz, S.; Grotz, R.C.; Downs, T.D.; Cash, H.R. Progress in Development of the Index of ADL. *Gerontol.* 1970, 10, 20-30
11. Lawton, M.P.; Brody, E.M. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontol.* 1969, 9, 179-186
12. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up and Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8
13. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001 Mar; 56(3):M146-56
14. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-95
15. McIsaac DI, Bryson GL, van Walraven C. Association of frailty and 1-year postoperative mortality following major elective noncardiac surgery: a population-based cohort study. *JAMA Surg* 2016; 151:538-545.
16. Morley, J. E. Frailty and sarcopenia: the new geriatric giants. *Rev. Invest. Clin.* 2016; 68, 59-67
17. Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2019;48, 16-31
18. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98
19. Carnero-Pardo C., Cruz-Orduna I., Espejo-Martinez B., Martos-Aparicio C., Lopez-Alcalde S., Olazarán J. Utility of the mini-cog for detection of cognitive impairment in primary care: Data from two spanish studies. *Int J. Alzheimers Dis.* 2013;2013:2854-62
20. Vellas, B.; Guigoz, Y.; Garry, P.J.; Nourhashemi, F.; Bannahum, D.; Lauque, S.; Albarède, J.-L. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutr.* 1999, 15, 116-122
21. Arthur A, Jagger C et al. Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short geriatric depression scale (GDS15) within general practice. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 431-39
22. Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN expert group. *Clin Nutr* 2014; 33 (6): 929-36
23. London MJ, Schwartz GG, Hur K, Henderson WG. Association of perioperative statin use with mortality and morbidity after major noncardiac surgery. *JAMA Intern Med* 2017; 177:231-242.
24. Doherty JU, Gluckman TJ, Hucker W, et al. 2017 ACC expert consensus decision pathway for periprocedural management of anticoagulation in patients with nonvalvular atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Clinical Expert Consensus Document Task Force. *J Am Coll Cardiol* 2017; 69:871-898.
25. Friedell ML, Van Way CW 3rd, Freyberg RW, Almenoff PL. β -blockade and operative mortality in noncardiac surgery: harmful or helpful? *JAMA Surg* 2015; 150:658-663
26. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67:674-94
27. American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. Postoperative delirium in older adults: best practice statement from the American Geriatrics Society. *J Am Coll Surg.* 2015;220(2):136-48.e1.



43^o Congresso Português de **GERIATRIA e GERONTOLOGIA**

Presidente: Prof. Doutor Manuel Carrageta

Vice-Presidente: Dra. Maria João Quintela

Secretário-Geral: Dr. Pedro de Moura Reis

LISBOA, CENTRO ISMAILI

15, 16 E 17 DE NOVEMBRO DE 2023

COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS

Serão aceites, para apreciação, resumos de Comunicações Livres e Posters

até ao **dia 15 de Setembro** que deverão ser enviados

para o email geral@spgg.com.pt



SECRETARIADO E ORGANIZAÇÃO

Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia / SPGG

Associação de Medicina Geriátrica e Gerontologia / PSGG

www.spgg.com.pt

PRISMÉDICA - Departamento Médico de Congressos

Av. Miguel Bombarda, 61 - R/c Esquerdo | 1050-161 Lisboa

| T. 21 358 43 80 | Tlm. 91 849 44 68

ÉTICA EM GERIATRIA E GERONTOLOGIA

JOSÉ AUGUSTO SIMÕES

Professor Associado com Agregação da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
Mestre em Bioética

Médico de Família e Coordenador do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar da Zona Centro

Vogal da Direção da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia

Resumo: A ética em Gerontologia é igual à da Medicina em geral. Os médicos e restantes profissionais de saúde têm uma dupla responsabilidade, que consiste em preservar a vida e aliviar o sofrimento. Com o aproximar do fim da vida, o alívio do sofrimento assume uma importância ainda maior, já que a preservação da vida se vai tornando mais difícil.¹

Texto de opinião:

A ética em Gerontologia é igual à da Medicina em geral. Os médicos e restantes profissionais de saúde têm uma dupla responsabilidade, que consiste em preservar a vida e aliviar o sofrimento. Com o aproximar do fim da vida, o alívio do sofrimento assume uma importância ainda maior, já que a preservação da vida se vai tornando mais difícil.

Há quatro princípios éticos a ter em atenção²

- Respeito pela autonomia do doente (escolhas do doente);
- Não-maleficência (minimizar o mal);
- Beneficência (fazer o bem);
- Justiça (uso criterioso dos recursos disponíveis).

Estes quatro princípios éticos devem ser aplicados no âmbito:

- do respeito pela vida;
- da aceitação da inevitabilidade da morte.

Na prática, daqui resultam três dicotomias que devem ser aplicadas de forma equilibrada. Assim:

- os benefícios potenciais do tratamento devem ser equilibrados relativamente aos riscos e malefícios potenciais;
- a luta pela preservação da vida,

mas quando os malefícios resultantes dos tratamentos ultrapassarem os seus benefícios potenciais, devem esses tratamentos ser suspensos e proporcionar-se conforto na morte;

- as necessidades individuais devem ser ponderadas relativamente às da sociedade.

Respeito pela autonomia do doente

Os médicos e restantes profissionais de saúde atuam muitas vezes como se os doentes tivessem a obrigação de aceitar o tratamento que lhes é recomendado. Contudo, legalmente a pessoa não é obrigada a aceitar o tratamento médico, mesmo que essa recusa possa apressar a sua morte. O médico expõe-se a responsabilidades legais se impuser o tratamento a um doente, a menos que este último esteja deprimido, sofra de perturbações mentais, seja demente ou represente um perigo para as outras pessoas. Os médicos têm a obrigação de discutirem com os seus doentes as escolhas e implicações do tratamento.

Regra do duplo efeito³

A regra do duplo efeito estabelece que: *Se as medidas tomadas para aliviar o sofrimento físico ou mental provocarem a morte do doente, estas tornam-se moral e legalmente aceitáveis desde que a intenção do médico seja aliviar e não matar o doente.*¹

Trata-se de uma regra universal, sem a qual a prática da Medicina seria impossível. Ela resulta fatalmente do facto de que todos os tratamentos (tanto médicos como cirúrgicos) possuem um risco inerente. Muitas das controvérsias sobre a regra do duplo efeito têm por base o tratamento dos doentes terminais e a administração de morfina para aliviar a

dor. Isto dá a falsa impressão de que o uso de morfina nestas circunstâncias representa uma estratégia de alto risco. No entanto, quando utilizada correctamente, a morfina (e as substâncias relacionadas) são drogas muito seguras, mais seguras do que, por exemplo, os anti-inflamatórios não esteroides, que são largamente prescritos, na maior impunidade. O uso de ambas as espécies de fármacos é justificado, com base em que os benefícios do alívio da dor ultrapassam de longe os riscos de efeitos adversos. Na verdade, a experiência clínica sugere que aqueles doentes cuja dor é aliviada vivem durante mais tempo do que teriam vivido se continuassem a ser exaustos e desmoralizados pela dor intensa e não remittente.¹ Num julgamento célebre no Reino Unido, o juiz afirmou: *“O médico que trata os doentes e moribundos não tem de calcular em termos de minutos ou de horas, nem talvez mesmo de dias ou semanas, o efeito que os medicamentos que administra têm sobre a vida do doente, para se furtar a uma acusação de assassínio. Se o primeiro objectivo da medicina, a restauração da saúde, já não puder ser concretizado, o médico tem ainda muito a fazer, e tem o direito de fazer tudo aquilo que seja considerado adequado e necessário para aliviar a dor e o sofrimento, mesmo que as medidas que adote possam incidentalmente encurtar a vida”.*⁴

Embora em circunstâncias extremas seja admissível que se assumam um risco maior, é axiomático que as medidas eficazes que possuem um risco menos elevado sejam normalmente as utilizadas. Assim, numa situação extrema, embora possa ocasionalmente ser necessário (e aceitável) tornar o doente

inconsciente, continua a ser inaceitável (e desnecessário) causar deliberadamente a sua morte. As afirmações de que a regra do duplo efeito constitui uma hipocrisia e uma cortina de fumo para encobrir a eutanásia derivam:

- de não se compreender que a regra do duplo efeito tem carácter universal;
- da falsa crença de que a morfina tem sempre, ou por vezes, o efeito de encurtar a vida de um doente terminal.

A regra médica universal do duplo efeito está implícita em todas as intervenções médicas e é essencialmente linear:

*“O objectivo do tratamento deve ser o alívio do sofrimento e não a morte do doente. Ao tomarem decisões, os profissionais da saúde devem ponderar os benefícios do tratamento, relativamente aos inconvenientes e riscos previsíveis do mesmo”.*³

Tratamento adequado

Os médicos não devem esquecer-se do facto de que todos os doentes acabarão por morrer. Por isso, parte da arte médica consiste em decidir quando se deve permitir que a morte ocorra, sem lhe antepor qualquer novo impedimento.

Segundo a lei ou a ética, o médico não é obrigado a preservar a vida «a todo o custo». As prioridades modificam-se, à medida que o doente se aproxima claramente da morte. Não existe a obrigação de realizar tratamentos, se a sua utilização representar um prolongamento do processo de morte. O médico não tem o dever, nem o direito, de prescrever uma morte prolongada. Em Geriatria, o objetivo principal do tratamento não reside em prolongar a vida, mas sim em tornar a vida que resta tão autónoma e significativa quanto possível.

A questão não é tratar ou não tratar, mas sim determinar qual o tratamento mais apropriado em função das perspectivas biológicas do doente e das suas circunstâncias pessoais e sociais. Um tratamento apropriado para um doente com uma doença aguda pode não ser adequado para um idoso com doença crónica e, muito menos, para um moribundo.

As sondas nasogástricas, as perfusões intravenosas, os antibióticos, a ressuscitação cardíaca e a respiração artificial são outras tantas medidas de manutenção geral usadas em situações de doença aguda ou crónica, desde a crise inicial até à recuperação da saúde. A

utilização destas medidas em doentes que estão irremediavelmente próximos da morte é geralmente inadequada (e constitui, por isso, má prática) porque os malefícios de tais tratamentos excedem os seus potenciais benefícios.

As recomendações terapêuticas baseiam-se na comparação entre as possíveis vantagens (benefícios) e desvantagens (riscos e malefícios) que podem resultar para o doente. Na prática, existem habitualmente diversas possibilidades de escolha que podem ser legitimamente adotadas. Os argumentos a favor de determinado tratamento giram em torno da questão da respetiva eficácia prevista. Ligadas a esta, existem considerações sobre as consequências e implicações para o doente, para a sua família e para a sociedade em geral. Por outras palavras, o médico procura, com base nos factos biológicos e sociais de que dispõe, dar ao doente a forma de tratamento mais adequada. Recordemos que, devido ao facto de a morte ser inevitável para todos os nossos doentes, o médico acabará sempre por não ter outra escolha para além de «deixar a natureza seguir o seu curso». Os cuidados médicos constituem uma linha contínua, desde a cura completa, situada num dos extremos, até ao alívio dos sintomas, situado no outro extremo. Muitos tipos de tratamento preenchem todo o espectro, nomeadamente a radioterapia e, em menor extensão, a quimioterapia e a cirurgia. É importante, por isso, não perder de vista o objetivo terapêutico quando se emprega qualquer forma de tratamento. Ao decidir qual é o tratamento adequado, os pontos a reter são os seguintes:¹

- as perspectivas biológicas do doente;
- o objectivo terapêutico e os benefícios de cada tratamento;
- os efeitos secundários do tratamento;
- a necessidade de não prescrever uma morte prolongada.

Embora não se deva ignorar a probabilidade de ocorrer uma melhora ou a recuperação imprevista, existem muitas ocasiões em que é adequado «dar uma hipótese à morte».

À medida que uma pessoa se torna terminalmente doente, ou gravemente incapacitada, física ou mentalmente, como resultado da decadência senil, o interesse pela hidratação e pela nutrição torna-se frequentemente muito reduzido. Como o resultado natural da

doença progressiva incurável e da senilidade avançada é a morte, nestas circunstâncias é errado forçar o doente a aceitar alimentos ou líquidos. O desinteresse ou a aversão do doente devem ser considerados como parte do processo de extinção. No entanto, tenhamos presente que a alimentação testemunha o acolhimento da pessoa doente e a decisão de abstenção manifestaria uma atitude de rejeição.⁵

Testamento de Vida

Os “testamentos de vida” (*living wills*) são declarações de vontade feitas por uma pessoa, formulando recomendações para serem cumpridas quanto à assistência médica que lhe será prestada na fase terminal da vida. É evidente que não podem ser considerados como Testamentos, na acepção que prevalece no direito português, em que estes têm como característica essencial a constituição de disposições para valerem depois da morte, enquanto os “testamentos de vida” são feitos para valerem antes da morte. Constituem, pois, os “testamentos de vida” simples declarações de vontade.

Também é evidente, no ordenamento jurídico português, ser nulo e de nenhum efeito o pedido formulado no sentido de em caso de irrecuperabilidade face a uma doença terminal o médico provocar diretamente a morte do doente. O que o declarante pode pedir, com legitimidade plena, é que, em fase terminal irreversível, seja poupado a uma inútil exacerbação / obstinação terapêutica, por forma a que o processo de morte decorra com respeito pela sua dignidade.

Os “testamentos de vida” foram pela primeira vez legalizados nos Estados Unidos da América pelo “Natural Death Act” de 30 de novembro de 1976, no Estado da Califórnia. Neles admite-se, no fundo, que a pessoa se opunha a tratamentos desproporcionados ou excessivos, desde que o faça com a antecedência máxima de 5 anos.

Eutanásia

O termo eutanásia significa literalmente «boa morte», morte sem sofrimento. Em linguagem comum, porém, a palavra é utilizada como sinónimo de «assassinio de misericórdia».

As definições úteis deste termo incluem: *“Uma intervenção deliberada, realizada com a intenção expressa de pôr termo à vida para aliviar o sofrimento intratável”.*⁷

*“Pôr fim, de forma compassiva, deliberada, rápida e indolor à vida de alguém que sofre de uma doença progressiva incurável. Se for realizada a pedido ou com o consentimento da pessoa, a eutanásia diz-se voluntária; caso contrário diz-se não voluntária”.*⁸

A eutanásia não é:

- permitir que a natureza siga o seu curso;
- suspender biologicamente um tratamento inútil;
- suspender o tratamento quando os malefícios que este representa ultrapassam os respectivos benefícios;
- utilizar morfina e outras substâncias para aliviar a dor;
- utilizar sedativos para aliviar o sofrimento mental intratável de um doente.⁹

A controvérsia da eutanásia

A controvérsia sobre a eutanásia no seio de algumas sociedades é geralmente orientada segundo linhas pragmáticas, utilitaristas e lógicas porque a discussão a partir de posições que se excluem mutuamente nunca pode conduzir ao consenso que cada sociedade pretende alcançar.

*“Tratamos os animais melhor do que os seres humanos” e “se ele fosse um animal seria eliminado” são comentários que surgem com bastante frequência para se tornarem desagradáveis. Embora a um certo nível tais críticas possam ser facilmente contraditadas, elas refletem um grau de compaixão e de angústia que podem facilmente perder-se ou serem ignoradas numa discussão indiferente de princípios filosóficos e éticos.*¹

O argumento fundamental a favor da eutanásia é o direito que a pessoa tem à autonomia. O contra-argumento fundamental é o de que a autonomia não se torna extensiva ao direito ao suicídio/eutanásia medicamente assistidos. Estes dois pontos de vista («o homem como senhor» contra «o homem como servo») não são conciliáveis.¹

A discussão sobre a eutanásia assume geralmente que a morte significa esquecimento. Contudo, muitas pessoas pensam de outro modo.¹⁰ Por outro lado, transformar a «eternidade como destino» no argumento crucial contra a eutanásia é geralmente improdutivo.

Os que se declaram a favor da eutanásia salientam muitas vezes que há um nível de existência no qual a maioria das

pessoas, ou mesmo todas, não desejariam estar vivas. Se estiverem conscientes podem pedir veementemente que as ajudem a morrer, afirmando que a vida para elas já não possui qualquer interesse ou finalidade. Os doentes em coma irreversível (mais de 6 meses?) representariam uma categoria e o estado vegetativo permanente⁵ uma outra. Possivelmente, o mesmo aconteceria com a doença do neurónio motor avançada (esclerose lateral amiotrófica), ou quando o cancro destrói o rosto e substitui as feições familiares por uma massa fétida ulcerante e fungosa, ou quando um processo semelhante ataca o períneo e provoca uma angustiante e humilhante dupla incontinência. Estas imagens são dramáticas e devem ser ponderadas por aqueles que se opõem à eutanásia/suicídio medicamente assistido. Na realidade, um médico que:

- nunca tenha sido tentado por um doente a matá-lo, provavelmente tem uma experiência clínica muito reduzida, ou não é capaz de entrar em empatia com os seus doentes;
- deixar um doente sofrer intoleravelmente não será moralmente mais repreensível do que o médico que opta pela eutanásia.¹

Pedidos de eutanásia

Os pedidos de eutanásia não são invulgares.¹² Deve notar-se que muitos dos que pedem auxílio para morrer estão na realidade a pedir ajuda para viver. É da maior importância ouvir o apelo à vida subjacente ao «lamento» do doente.¹³ É necessário, além disso, identificar a motivação do pedido e dar-lhe a devida resposta. As razões podem variar, mas incluem as seguintes:

- dor intensa que não é possível aliviar ou outra complicação física;
- receio de eventual dor intolerável futura ou de outra complicação física;
- receio de ser mantido vivo à custa de máquinas e tubos, numa altura em que a qualidade de vida é inaceitavelmente baixa;
- uma perturbação de adaptação passageira, por exemplo, desespero transitório ao descobrir que se sofre de uma doença fatal com limitada expectativa de vida;
- depressão (entenda-se perturbação depressiva e não só tristeza);
- sentir que se representa um fardo para a família, os amigos ou a

sociedade;

- sentir que não se é desejado pela família, pelos amigos ou pelas pessoas em geral;
- sensação permanente de desespero que não pode ser explicada em termos de qualquer das posições anteriores e que pode derivar de uma conceção da vida que não admite a vida depois da morte.

À excepção deste cenário final, é geralmente possível adotar medidas corretivas suficientes para conseguir a mudança de opinião do doente.

O plano inclinado

A expressão «plano inclinado» utiliza-se geralmente para designar o perigo de a eutanásia voluntária de doentes em fase terminal fazer com que a eutanásia não voluntária se estenda a doentes que não estão em fase terminal. A experiência da Holanda exemplifica o efeito do plano inclinado.¹⁴ Embora a eutanásia continue a ser um crime na Holanda, um decreto do Governo holandês, de 1994, estatuiu certas circunstâncias em que o médico pode evitar um processo-crime:

- o pedido para acabar com a vida expresso por doentes que sofrem de doença física;
- o pedido para acabar com a vida expresso por doentes que sofrem de perturbação mental;
- pôr termo à vida de doentes que sofrem de doença física sem seu pedido expresso;
- pôr termo à vida de doentes que sofrem de perturbação mental sem seu pedido expresso.

O decreto contempla claramente a eutanásia voluntária e não voluntária, e as doenças físicas e perturbações mentais.

Uma abordagem pragmática

- Deve ser levado em conta, em qualquer discussão sobre a eutanásia, o facto de a maioria dos profissionais de saúde se opor à eutanásia (e ao suicídio medicamente assistido). Parcialmente intuitiva, esta posição anti-eutanásia é sustentada por razões pragmáticas, como por exemplo:¹
- Muitos pedidos têm origem no inadequado alívio dos sintomas, mas muitos pacientes deixam de

pedir a eutanásia quando os seus sintomas são adequadamente aliviados.¹⁶

- Muitos pedidos estão relacionados com a sensação de inutilidade ou de se constituir um fardo, mas os bons cuidados paliativos restauram a esperança dando ao paciente a sensação de orientação e ligação com as outras pessoas e com o mundo em geral.
- Muitos pedidos persistentes refletem muitas vezes uma perturbação depressiva, mas a depressão necessita de tratamento específico.
- Muitos pacientes mudam frequentemente de opinião, porque os pacientes passam por períodos transitórios de desespero.
- O prognóstico é muitas vezes incerto, porque muitos pacientes vivem durante mais anos do que a princípio se tinha previsto.
- As restrições orçamentais são consideradas por alguns como um incentivo para a legalização da eutanásia, mas a escolha da eutanásia eliminará o incentivo para a melhoria dos cuidados paliativos.

Esta posição encontra-se reflectida: Na conclusão de um *Select Committee on Medical Ethics* no Reino Unido: *“Não existem razões suficientes para infirmar a proibição social do assassinio intencional, que é a pedra angular da lei e das relações sociais. Não é aceitável que os casos individuais estabeleçam o fundamento de uma política que teria tão sérias e tão grandes repercussões. A questão da eutanásia é uma daquelas em que o interesse individual não pode ser separado dos interesses da sociedade no seu conjunto”*.¹⁷

Assim como na de Main, quando diz: *“Existe uma tendência para que os doentes sejam sedados quando os que cuidam deles atingem o limite das suas capacidades e deixam de conseguir suportar os problemas dos pacientes sem ansiedade, impaciência, culpa, cólera ou desespero. É possível que muitos tratamentos médicos desesperados possam ser justificados pela conveniência, mas a história tem o hábito deslegante de considerar alguns como boas, mais úteis ao terapeuta do que ao doente”*.¹⁸

E ainda no parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida: *“Que não há nenhum argumento ético, social, moral, jurídico ou da deontologia das profissões de saúde que justifique em tese vir a tornar possível por lei a morte intencional do doente (mesmo que não declarado ou assumido como tal) por qualquer pessoa designadamente por decisão médica, ainda que a título de “a pedido” e/ou de “compaixão”*”.¹⁹

Esperança

“Esperança é uma expectativa superior a zero de atingir um objectivo”.¹

A esperança tem de possuir um objectivo. O estabelecimento de objetivos realistas com o doente constitui uma das formas de restaurar e manter a esperança. Pode-se começar por perguntar ao paciente, por exemplo: «Qual é o resultado que espera desta consulta?» Pode ser necessário transformar um objectivo final (provavelmente irrealista) numa série de «mini-objetivos» (mais realistas). Assim, se um doente diz «Quero curar-me», ou se um paraplégico diz «Quero voltar a andar», a resposta inicial poderia ser:

*“Compreendo o que está a dizer...mas isso, parece-me, é o seu objectivo final. Penso que poderia ser útil se concordássemos numa série de objetivos de mais curto prazo. Ao atingi-los teremos todos, uma sensação de vitória. Parece-lhe bem?”*¹

O estabelecimento de objetivos é parte integrante do cuidado aos idosos com doenças crónicas, incluindo o cancro. A esperança está também relacionada com outros aspectos da vida e dos relacionamentos: sentir-se valorizado, ter relacionamentos significativos, sentir alívio da dor e do mal-estar, logicamente aumentam a esperança. No entanto, dar a conhecer uma verdade dolorosa não significa destruir a esperança. A esperança na recuperação é substituída por uma esperança alternativa. Nos doentes que se encontram próximo da morte, a esperança tende a focar-se:¹

- mais no «ser» do que no conquistar;
- nas relações com os outros;
- na relação com Deus ou com um ente superior.

É possível aumentar a esperança de uma pessoa que se encontra próxima

da morte, desde que os cuidados e o bem-estar que se lhe proporcionam sejam satisfatórios.²⁰ Quando pouco há já a esperar, continua a ser realista ter esperança:

- de não morrer sozinho;
- de ter uma morte serena.

Referências bibliográficas

1. Twycross, R. Cuidados Paliativos, Lisboa:Climepsi Editores, 2001, pp. 23-35.
2. Beauchamp, T., Childress, I. Principles of biomedical ethics. Fifth Edition. Nova Iorque:Oxford University Press, 2001, pp. 57-282.
3. Beauchamp, T., Childress, I. Principles of biomedical ethics. Fifth Edition. Nova Iorque:Oxford University Press, 2001, pp. 128-132.
4. Devlin, P. Easing the passing: The trial of Dr John Bodkin Adams. Londres:The Bodley Head, 1985, pp. 771-82.
5. Simões, JA. A paragem da alimentação artificial nos doentes em estado vegetativo persistente. *Acção Médica* 67:69-86.
6. Raposo, M. Testamento de vida. In Archer, L. et al. (eds) *Novos Desafios à Bioética*. Porto:Porto Editora, 2001, pp. 258-259.
7. House of Lords. Report of the Select Committee on Medical Ethics. HL Paper 21-I. Londres:HMSO, 1994.
8. Roy, DJ., Rapin, CH. Regarding euthanasia. *European Journal of Palliative Care* 1:57-59.
9. Kaldjian, LC. et al. Internists' attitudes towards terminal sedation in end of life care. *Journal of Medical Ethics* 30:499-503.
10. Miranda, LC. O sentido da vida e a aceitação da morte. *Brotéria* 150:157-174.
11. Osswald, W. O suicídio assistido no Estado do Oregon. *Brotéria* 150:290-292.
12. Magnusson, RS. Euthanasia: above ground, below ground. *Journal of Medical Ethics* 30:441-446.
13. Scott, JF. Lamentation and euthanasia. *Humane Medicine* 8:116-121.
14. Twycross, RG. Euthanasia: going Dutch. *Journal of the Royal Society of Medicine* 89:61-63.
15. Serrão, D. Ética das Atitudes Médicas em Relação com o Processo de Morrer. In Serrão, D. Nunes, R. (eds) *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto:Porto Editora, 1998, pp. 83-92.
16. Serrão, D. Suicídio assistido. In Archer, L. et al. (eds) *Novos Desafios à Bioética*. Porto:Porto Editora, 2001, pp. 255-257.
17. Walton, J. *Medical Ethics: Select Committee Report*. Hansard, 1994, pp. 1344-1349.
18. Main, TF. The ailment. *British Journal of Medical Psychology* 30:129-145.
19. CNECV (Conselho Nacional de Ética as Ciências da Vida). Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida (11/CNECV/95). In: CNECV. Documentação III (1995-1996). Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, 1996.
20. Herth, K. Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing* 15:1250-1259.



“A VACINA DA GRIPE REDUZ, DE FORMA SIGNIFICATIVA, OS EVENTOS CARDÍACOS MAJOR”

CARLOS RABAÇAL

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

Carlos Rabaçal, realçou a importância da vacina contra a gripe na prevenção de eventos cardiovasculares. O especialista marcou presença como orador de uma sessão sobre “Mitos e factos sobre gripe e complicações cardiovasculares”, nas 37.^{as} Jornadas de Cardiologia, Hipertensão e Diabetes, que decorreram entre 12 e 14 de janeiro, em Sesimbra.

“É seguro afirmar-se hoje que a vacinação contra a gripe tem efeito na prevenção primária de doenças cardiovasculares, com uma redução significativa da mortalidade total e da mortalidade cardiovascular e por acidente vascular cerebral (AVC)”, salientou Carlos Rabaçal na sua intervenção nas Jornadas.

Em causa, está o facto de “a infeção por *influenza* desencadear uma resposta inflamatória que contribui para o aparecimento ou agravamento do risco cardiovascular”.

Como especificou: “Os vírus participam, de forma direta, na génese e progressão da aterosclerose, e de forma indireta, na ativação do sistema imunitário e nos fenómenos inflamatórios que podem desencadear eventos agudos a partir da desestabilização ou rutura das placas ateroscleróticas das artérias.”

O primeiro sinal deste “elo de ligação”, como referiu, surgiu depois da pandemia gripal de 1918/1919, provocada pelo vírus H1N1, quando se verificou que as épocas gripais dos anos seguintes decorreram com um acréscimo de mortalidade por doenças cardíacas. Nos últimos anos, também vários estudos internacionais têm revelado que o risco de enfarte agudo do miocárdio (EAM) é 10x superior nos três a cinco dias seguintes à infeção pelo vírus *influenza* e que o risco de sofrer um AVC é 8x superior, mesmo em pessoas saudáveis. “Sabemos, ainda, que a insuficiência cardíaca, de novo ou agravada, as miocardites e os vários tipos de arritmias mais comuns na nossa prática clínica, como a fibrilhação auricular, podem ocorrer com maior frequência após o episódio de gripe”, enfatizou o especialista. No caso específico da miocardite, o médico falou do impacto desta “condição que pode ser muito dramática”, incluindo em adultos jovens saudáveis.

Destacou, ainda, as conclusões do estudo BARI, recentemente realizado em Portugal, e que avaliou o impacto clínico e económico da gripe ao longo de dez épocas gripais (2008-2018). De acordo com os investigadores, os picos de gripe e de hospitalização por gripe coincidem com os picos de internamentos por EAM (dezembro e janeiro).

Na mesma análise pôde concluir-se que entre outubro e maio, a habitual época gripal, houve um acréscimo de 20% nos internamentos hospitalares por EAM, sendo que 20 a 25% dos doentes internados com o vírus *influenza* tinham, no mesmo episódio de internamento, um EAM. “A maioria deles são idosos, sendo que 70% tem doenças cardiovasculares prévias ou diabetes *mellitus*”, apontou o orador.

Estes doentes representam também, segundo o mesmo estudo, “maiores custos para o sistema, com internamentos mais prolongados - cerca de 30% não têm alta [num período normal], necessitando de cuidados de longo-termo em reabilitação”.

Carlos Rabaçal defendeu assim a vacinação sazonal contra a gri-

pe como uma medida para prevenir doença respiratória mas também cardiovascular, lembrando que a mesma é recomendada pela Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) nas últimas *guidelines* de 2021. “A vacinação contra a gripe sazonal, particularmente nos grupos de maior risco, nos quais se incluem os idosos, é segura e eficaz, e, por isso, é imperativo seguir as recomendações da ESC, e também da Direção-Geral da Saúde, e promover ativamente a vacinação daqueles que colherão maior benefício”.

O especialista referia-se, em particular, aos indivíduos com idade ≥ 65 anos e institucionalizados, que este ano tiveram acesso, pela primeira vez, à mais recente vacina contra a gripe: a quadrivalente de dose elevada.

Em termos de prevenção secundária, existe também evidência da importância da vacinação contra a gripe, “nomeadamente no pós-EAM, a par das outras medidas internacionalmente aceites”, segundo o cardiologista.

Nova vacina quadrivalente de Dose Elevada. “Um avanço muito importante”

Na mesa marcaram presença também, como moderadores Manuel Carrageta, presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia e da Sociedade Portuguesa de Geriatria e de Gerontologia, e Ramos Gonçalves, pneumologista do Instituto de Cardiologia Preventiva de Almada.

Em entrevista, Manuel Carrageta destacou também o papel da vacinação na prevenção dos eventos cardiovasculares e a mais-valia da nova vacina quadrivalente de dose elevada. “É um avanço muito importante, porque esta vacina inovadora foi produzida a pensar em como ultrapassar com sucesso o problema da imunossenescência das pessoas idosas.”

Como especificou o cardiologista, com competência em Geriatria, “à medida que envelhecemos, o nosso sistema imunitário entra em declínio num processo chamado de imunossenescência, que leva a que as pessoas mais velhas fiquem não só mais vulneráveis às infeções e suas complicações, como a responder menos eficientemente às vacinas usuais”.

Ramos Gonçalves também disse algumas palavras no final, admitindo que “os pneumologistas e outros médicos não se costumam lembrar do impacto da inflamação dos vírus respiratórios”. Conclui assim que é preciso sensibilizar para esta questão e apostar na vacinação, nomeadamente dos mais idosos com a nova vacina quadrivalente de dose elevada. “A vacinação numa dose mais elevada é muito importante porque vai levar a novos patamares de prevenção”, salientou.

A SÍNDROME DE FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E ESCALAS DE CLASSIFICAÇÃO

MÁRIO PEREIRA PINTO

Vogal da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia

MANUEL CARRAGETA

Presidente da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia

STELLA BETTENCOURT DA CÂMARA

Vogal da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia

1. Resumo

O perfil de um doente frágil corresponde a uma pessoa idosa, com multimorbilidade, um estado de saúde instável e frequentemente incapacitado. A fragilidade é uma entidade clínica progressiva que pode ser prevenida e tratada e apresenta-se como uma preocupação e uma prioridade em saúde. Para o seu diagnóstico é essencial ter disponível um instrumento válido, confiável, de fácil aplicação e que possa prever o risco de resultados adversos.

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo central identificar instrumentos especificamente desenvolvidos para avaliar e estratificar a fragilidade entre idosos a partir de informações colhidas pelos profissionais de saúde e identificar aquela que seja mais fácil de usar, segundo critérios estabelecidos pelas Normas de Consensos para a seleção de instrumentos de medida em saúde. (COSMIN)

Metodologia

A revisão bibliográfica foi efetuada ao período de edição dos artigos compreendido entre dia 1 de janeiro de 2013 e 1 de janeiro de 2018. A investigação foi conduzida por dois investigadores, de acordo com os Itens de Relatórios Preferenciais para Revisões Sistemáticas (PRISMA). Foram utilizadas a base de dados da Medline, PubMed, da Embase, da LILACS e da Cochrane Library sem restrição de idioma, definidos e organizados os descritores. Foi usado o PICO (Population Implementation Comparator Outcomes). Foram definidos a priori os critérios a serem seguidos, em relação ao tipo de estudos, medidas de diagnóstico, à seleção, tamanho da amostra e à presença de vieses. As principais características de cada instrumento foram estudadas, avaliando sua potencial utilização clínica.

Resultados

Dos 881 artigos selecionados, foram identificados 16 estudos com 26 ferramentas de avaliação de fragilidade. As ferramentas foram classificadas como uni e multidimensional. Os instrumentos unidimensionais são orientados para o domínio físico e da funcionalidade e estado biológico / fisiológico, enquanto as avaliações multidimensionais baseiam-se na análise das interações dos domínios físico, psicológico e social do funcionamento humano. Foram estudados e comparados 9 instrumentos, dos quais apenas 3 são clínicos e, destes, 2 estratificam a fragilidade.

Conclusão

Ainda não existe internacionalmente uma medida padrão e consensual para avaliar a fragilidade; algumas medidas são mais adequadas para rastreio nos hospitais e outras na comunidade. Os domínios que observamos nos instrumentos estudados são principalmente uni (físicos/ clínicos) e multidimensional (cognitivo, psicológico, social e ambiental). Dada a complexidade do diagnóstico da fragilidade do idoso, recomenda-se o uso conjunto de ferramentas físicas e de triagem multidisciplinar.

Palavras-chave: *Frailty elderly, Review, Assessments, Screening, Clinical, Tools, Scales.*

2. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), verifica-se uma acelerada tendência para um progressivo envelhecimento da população mundial, prevendo-se que nos próximos 50 anos deste século o número de pessoas com mais de 65 anos duplique, podendo atingir em 2050 cerca de 2,1 bilhões de pessoas. A OMS considera também que, “as Doenças não Transmissíveis (DNT) são responsáveis pela morte de 40 milhões de pessoas por ano, o que equivale a 70% da totalidade de mortes no mundo (1).

A população portuguesa tem vindo a diminuir desde 2010. Atualmente, estima-se um total de cerca de 10,3 milhões de habitantes, concentrados nas zonas urbanas e litorais, sendo constituída por uma maioria de idosos e uma minoria de jovens. Verifica-se que 23% dos portugueses têm 65 ou mais anos e apenas 14% têm menos de 15. As pessoas com 75 ou mais anos são cerca de um milhão, sendo a maioria deste grupo etário constituída por mulheres (2). O número de pessoas idosas tem aliás vindo a aumentar dramaticamente em quase todos os países, com um conseqüente aumento da prevalência da fragilidade (3).

O conceito de fragilidade parece ser consensual entre os investigadores e tem prevalecido o contexto clínico (4). Trata-se de um conceito de fragilidade complexo e multifacetado, abrangendo os domínios físico, psicológico e social. A síndrome de fragilidade do idoso é amplamente reconhecida para explicar as variações de riscos para a saúde e para identificar perfis de pessoas idosas tendo em vista a prestação de cuidados personalizados.

Estando o envelhecimento associado o declínio das capacidades físicas e mentais, ao perfil de doente frágil corresponde uma pessoa geralmente idosa, com multimorbilidade, com um estado de saúde instável e frequentemente incapacitada, cujas necessidades de cuidado são determinadas, entre outros fatores, às doenças crónicas, às situações sociofamiliar, económica e ambiental, à acessibilidade a serviços de saúde, à ocupação do tempo livre.

É sabido como as relações sociais desempenham um papel central no bem-estar humano e estão diretamente envolvidas na manutenção da saúde (38). Em contraponto, verifica-se que a solidão se associa com frequência à fragilidade, ao aumento do risco de doenças cardiovasculares, ao aumento da tensão arterial, ao aumento das respostas inflamatórias ao stress e à mortalidade (5). A fragilidade é prevalente em idosos, pois atinge apenas 10% da comunidade em geral (6), mas atinge 80% de idosos em contexto de cuidados de longa duração (7). Nos hospitais e nos serviços de urgência, entre adultos com mais 85 anos, a prevalência da fragilidade varia entre 50 a 80% (8), sendo responsável por um peso significativo na procura de cuidados nos serviços de saúde (9). De acordo com os resultados dos Estudos de Envelhecimento Saudável e Longevidade (DO-HEALTH), a prevalência de fragilidade na Europa variou entre os vários países, tendo a população portuguesa com mais de 70 anos registado o maior grau de prevalência (variação entre 3.1% e 30.3%) e a população austríaca o menor grau (variação entre 0 e 2.5%)(10).

Os custos dos cuidados prestados a cidadãos com síndrome de fragilidade têm um peso muito significativo no total da despesa dos sistemas de saúde da Europa (11). Conscientes deste facto, os governos têm vindo a desenvolver estratégias para dispensar apoios sociais e serviços de longa duração a pessoas em situação de fragilidade e têm procurado implementar medidas preventivas que visam melhorar a sua qualidade de vida (12).

Tratando-se de uma questão que afeta à escala global um elevadíssimo número de cidadãos e cujas repercussões nos sistemas de saúde se encontram bem conhecidas, torna-se indispensável dispor de um instrumento que permita identificar a síndrome de fragilidade, em particular entre os cidadãos do grupo etário de idosos, e permita igualmente realizar avaliações seguras conducentes a um encaminhamento adequado.

Verifica-se que atualmente existem mais de 51 instrumentos de medida da fragilidade, subsistindo um amplo debate sobre os mais adequados para utilização na prática clínica. Este debate centrado na procura de um consenso em torno de uma medida padrão que permita o reconhecimento consistente da fragilidade ocorre um pouco por todo o mundo e é de grande atualidade científica (13).

O Royal College of Physicians e a Sociedade Francesa de Geriatria e Gerontologia defendem a triagem da fragilidade em idosos(14) e recomendam algumas ferramentas de diagnóstico da fragilidade física, cognitiva e clínica, habitualmente usadas e validadas, tais como o FRAIL,(15), a Clinical Frailty Scale (16) e o Gérontopôle Frailty Screening Tool (4).

Justificação

A abordagem científica da fragilidade não tem ainda uma expressão significativa, devendo considerar-se ainda relativamente limitado o conhecimento sobre esta matéria. Por outro lado, não se encontra ainda devidamente identificado o modo como os profissionais de saúde, bem como os consumidores dos serviços de saúde, percebem a fragilidade e se é ou não considerada um problema de saúde pública (17).

Considerando-se que os profissionais de saúde - médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e outros - têm absoluta necessidade de uma ferramenta de diagnóstico da fragilidade, válida, confiável, fácil e de uso rápido no hospital ou no ambulatório, a identificação de uma dessas ferramentas parece ser muito útil à comunidade clínica e científica.

Verifica-se que existem várias ferramentas de triagem e de diagnóstico de fragilidade na literatura, as quais têm sido usadas em doentes idosos para relacionar a fragilidade com os resultados adversos que dela advêm (18).

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo central identificar, mediante pesquisa na literatura atual, o conjunto de instrumentos especificamente desenvolvidos para avaliar a existência da fragilidade clínica em pessoas idosas, para proceder à sua análise e eleger aquele que, cumprindo as propriedades clinimétricas e psicométricas requeridas (19) seja mais fácil de usar.

Como objetivos secundários, pretendeu-se: 1.º comparar o desempenho de diferentes instrumentos de avaliação de fragilidade clínica; 2.º avaliar sistematicamente e criticamente a sua confiabilidade, validade e sensibilidade; 3.º avaliar a possibilidade da existência

de instrumentos que permitam proceder à estratificação da população frágil; 4.º a partir do estudo de cada uma das medidas de fragilidade, identificar possíveis relações entre elas; 5.º encontrar um instrumento de medida cuja aplicação seja simples, rápida, segura, fiável, reproduzível e não necessite de equipamento especial.

O conceito de fragilidade e as formas de a medir

Em 2001 Linda Fried e seus colaboradores, nos EUA, propuseram a definição e classificação da fragilidade, através da apresentação do fenótipo de fragilidade com cinco componentes físicos: marcha lenta; autoavaliação de exaustão; perda involuntária de peso no último ano; diminuição da atividade física; diminuição da força e de preensão manuais. Desta definição resultou uma escala de três classes: idosos robustos; pré-frágeis; frágeis (20).

No Canadá, Rockwood e Mitnitski, também no ano de 2001, apresentaram um outro modelo de fragilidade, o modelo baseado em Défices Acumulados, que inclui, não apenas os componentes físicos mas também os aspetos psicossociais da fragilidade (21).

A fragilidade deve ser encarada como uma questão de saúde pública, pelo que a sua prevenção e o seu diagnóstico precoce são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida dos mais velhos. A escolha do instrumento de avaliação de fragilidade deve ter em conta o modelo concetual em que se baseia, a sua forma de administração, a adequabilidade ao contexto e, entre outras propriedades, a sua capacidade preditiva (22).

Naturalmente, os instrumentos destinados a medir a fragilidade devem ser implementados e avaliados de acordo com o objetivo do seu uso (23).

Nos últimos anos, fruto da falta de um consenso da definição de fragilidade, assistiu-se ao surgimento de um grande número de instrumentos para avaliação de fragilidade. Tendo em conta o seu objetivo, estes instrumentos podem ser agrupados em dois grupos: 1. O grupo clínico/ triagem, definido pela sua dimensão fisiobiológica, portanto unidimensional; 2. O grupo multidimensional de rastreio, abrangendo os domínios físico, psicológico e social (24).

A taxonomia e as definições utilizadas para as propriedades clinimétricas das escalas avaliadas seguiram os critérios estabelecidos pelas Normas para Instrumentos de Medida de Saúde (COSMIN) (25) baseadas no Consensus e foram: Validade, Confiabilidade, Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo (VPP), Valor Preditivo Negativo (VPL) e adaptação cultural (26).

Metodologia

Pesquisa e fontes de informação.

A presente investigação seguiu dos princípios de uma revisão de artigos publicados sobre instrumentos de diagnóstico e rastreio de fragilidade, publicados no período de tempo compreendido entre o dia 1 de janeiro de 2013 e 1 de janeiro de 2018. Foram definidos os critérios a aplicar: na seleção e análise deste tipo de estudos; na identificação do período de tempo; na seleção e dimensão da amostra; na presença de vieses.

O objetivo seria encontrar os estudos de revisão sistemática, metanálise, observacionais de coorte com ferramentas disponíveis para diagnóstico clínico e de rastreio, seguindo a metodologia padrão aconselhada para estudos de revisão das guidelines da Cochrane e a lista de verificação PRISMA (27)

Foi usado o motor de busca da Medline, PubMed, da Embase, da LILACS e da Cochrane Library, sem restrição de idioma, usando vocabulário controlado pelo MeSH da MEDLINE(28), para assegurar uniformidade, consistência e precisão. Foram definidos e organizados os seguintes descritores: Frailty elderly, Review, Assessments, Screening, Clinical, Tools, Scales.

Na seleção de artigos e resumos de artigos os critérios de inclusão foram os seguintes: apenas foram considerados artigos de investigação completos e artigos de revisão. Foi igualmente realizada uma “busca lateral”, na qual foram pesquisadas as citações de artigos relevantes. Para os identificar, foi usado o Population Implementation Comparator Outcomes (PICO) (28) (29): População: com idade ≥50 anos. Implementação / indicador, formas de medir a fragilidade em ensaios de controlo observacional, transversal ou randomizado. Comparador: não aplicável e resultados.

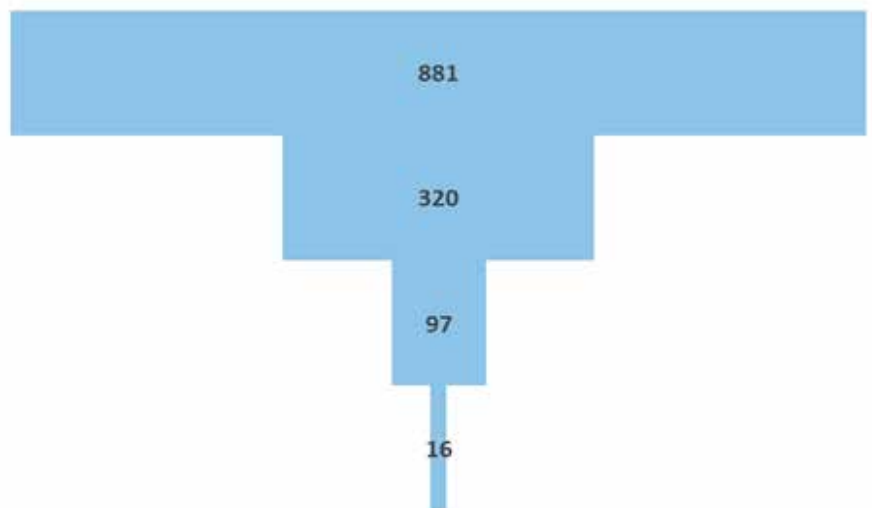
Com esta estratégia, houve a garantia da identificação da maioria dos trabalhos publicados, dentro dos critérios estabelecidos. Os artigos selecionados foram incluídos na base de dados Mendeley desktop.

Gráfico 1

881 Trabalhos iniciais, 320 selecionados,97 elegíveis e 16 para análise

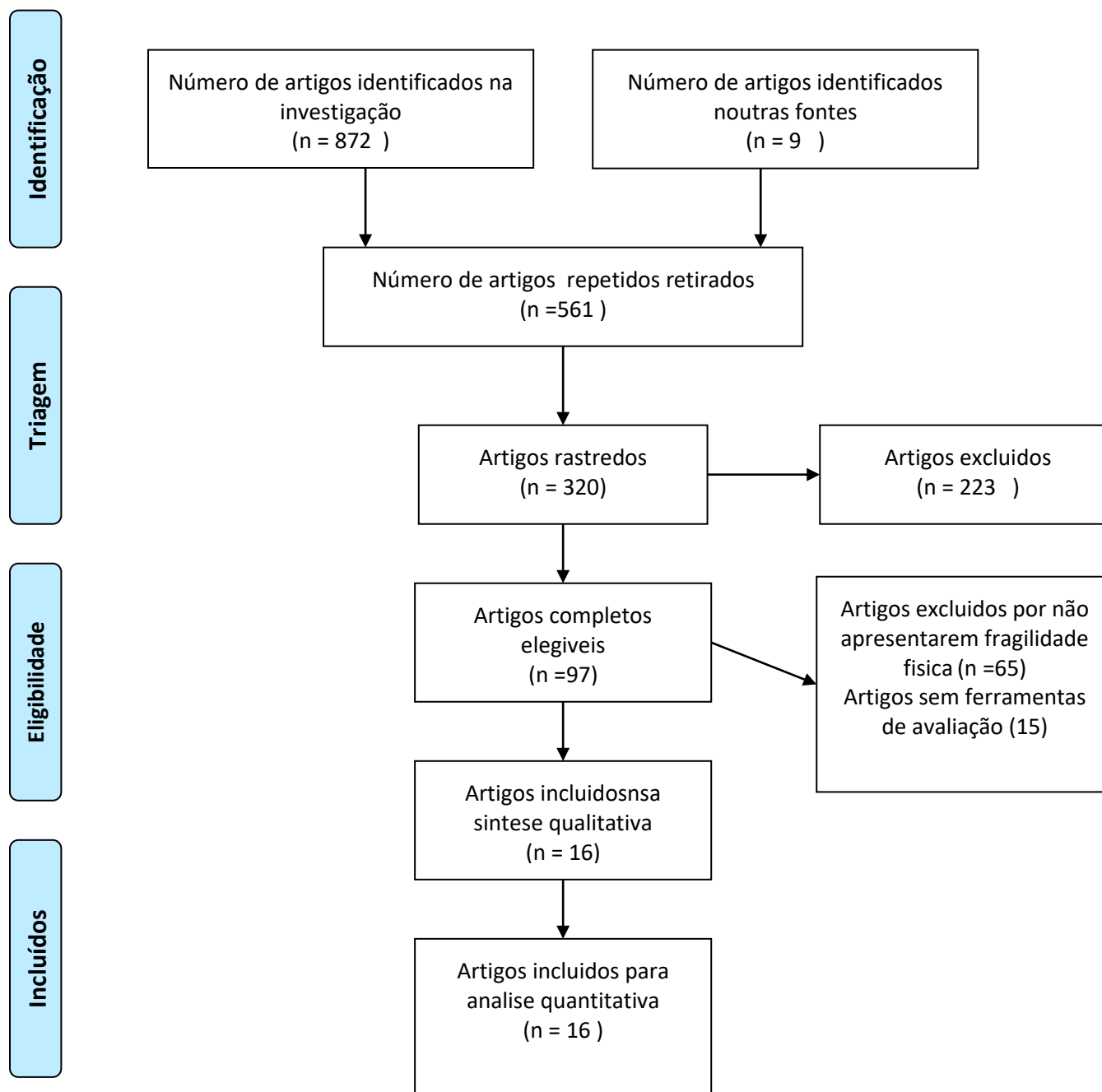
Dos trabalhos selecionados só 16 cumpriram as condições de inclusão.

Segue-se o diagrama de fluxo de investigação de artigos que identificassem a síndrome de fragilidade e de ferramentas clínicas e de triagem mais usadas.



Quadro 1

Fases do diagrama do fluxo da pesquisa de artigos sobre ferramentas de identificação de Síndrome de Fragilidade



Crítérios de elegibilidade de artigos para análise

As leituras dos títulos dos artigos e respetivos resumos foi feita por dois investigadores (MP) e (SBC). Na sequência desta leitura efetuou-se uma seleção independente e cega que obedeceu a critérios de inclusão e exclusão previamente definidos: estudos completos, realizados em humanos com idade \geq a 50 anos; que apresentassem escalas de avaliação psicométrica e clinimétricas de fragilidade clínica. Foram considerados como critérios de exclusão: estudos em curso, estudos de opinião, cartas ao editor, editoriais, resumos publicados em atas de conferência.

Artigos selecionados na sequência de uma primeira triagem

Foram incluídos alguns estudos que descreviam e testavam a operacionalização dos instrumentos, como por exemplo escalas e índices, especificamente desenvolvidos para fazer o rastreio/diagnóstico e triagem da síndrome de fragilidade. As referências foram geridas recorrendo-se à base de dados do Mendeley e a seleção foi feita pelos dois autores, usando os critérios de

elegibilidade acima mencionados. Sempre que os resumos não se revelaram suficientemente esclarecedores, foi realizada uma leitura na íntegra.

Em seguida, foi feita a leitura completa dos estudos potencialmente interessantes para o presente estudo, da qual decorreu a lista final de inclusão. Quaisquer desacordos entre os autores foram resolvidos recorrendo ao terceiro autor.

Critérios de avaliação dos artigos quanto às escalas de fragilidade.

Na avaliação dos artigos incluídos na lista resultante da triagem descrita foram analisados os diferentes aspetos, relacionados com as ferramentas usadas para o rastreio e para avaliação clínica da fragilidade: 1.º tempo necessário para a sua aplicação prática; 2.º potencial uso dos dados obtidos pela avaliação global geriátrica (AGG); 3.º necessidade de utilização de equipamento especializado, por exemplo o dinamómetro manual, avaliação do peso, medição de diâmetros e pregas, testes dinâmicos de levantar e andar, de equilíbrio e marcha; 4.º necessidade de treino do utilizador da escala, 5.º avaliação métrica da fiabilidade, da validade, sensibilidade, validade preditiva e estratificação de risco.

Critérios de avaliação da seleção das escalas

Para escolha dos instrumentos de avaliação da fragilidade foram usados os 4 critérios recomendados por Clegg et al: 1.º inclusão da definição da etiologia biológica, 2.º inclusão de diagnóstico e planeamento de cuidados, utilizando a avaliação geriátrica integral (AGI); 3.º possibilidade para medição de outcomes, 4.º estratificação do risco de fragilidade (pré- fragilidade) (30). A estes critérios, os autores do presente estudo acrescentaram um 5.º critério: possibilidade de uma utilização simples e rápida por parte dos profissionais de saúde.

Avaliação do Risco de viés entre estudos

A qualidade dos estudos foi avaliada de forma independente pelos 2 investigadores.

A avaliação qualitativa dos estudos observacionais e de coorte (9 trabalhos em 16) foi feita recorrendo ao Newcastle Ottawa Scale (NOS) que atribui scores expressos em número de estrelas (31) (32). Qualquer discordância na avaliação da qualidade foi resolvida por consenso, resultando uma classificação de cada artigo num mínimo de 7 estrelas, sendo que estudos com scores superiores acima de 7 estrelas são considerados pela NOS com baixo risco de viés.

Nos trabalhos de revisão, a avaliação de qualidade foi feita recorrendo à ferramenta AMSTAR(33). Submetidos à checklist desta ferramenta foram identificados os artigos com uma média de 10 respostas “sim”, o que reflete um baixo risco de viés, pois corresponde a 10 pontos em 11 possíveis.

Finalmente, o artigo do ensaio clínico randomizado prospetivo foi avaliado de baixo risco pelo Cochrane Risk Bias(34)

Quadro 3. Viés

Análises adicionais: Sensibilidade e precisão da Investigação

De acordo com o Cochrane Handbook (<https://training.cochrane.org/handbook>)(27), foi avaliada a sensibilidade e precisão/especificidade (35). A precisão e a sensibilidade nem sempre são reconciliáveis, pois uma investigação altamente sensível é frequentemente menos precisa. A sensibilidade é definida como o número de relatórios relevantes identificados, dividindo pelo número total de relatórios relevantes existentes e a precisão e especificidade estabelecem a parte da literatura que deve ser considerada não relevante (negativos ou excluídos). A sensibilidade calculada para os estudos em análise foi de 31% (97/320) e a precisão e especificidade de 3% (223+80/881), sendo considerada normal entre 2 e 3%.

4. Resultados

Recorrendo ao motor de busca acima referido, foram identificados 872 artigos, aos quais se juntaram 9 disponíveis na biblioteca da Faculdade de

1º Autor	idades/media	Viés NOS	Viés Amstar	Viés CRB	Escalas
Rónán O’Caoimh	80	7			3
Theodore K. Malmstrom	>50<65	8			4
S.J.Wallis	>75	8			1
Talal A.	63(±15)	7			1
Salina Juna,MD	>65	7			1
SJ Moug	>65		7		2
Elsa Dent	>65		8		15
Bienvenu Bongue	77,7		8		5
Borja del Pozo-Cruz	>65	7			1
Sjors Verlaan MSc	77,2		11		6
Bem R Davies	>65		9		11
Annie Cheung	76,5	8			2
Edward Chong	89,4	8			4
Judit Kovacs	>65			Baixo risco	3
Cecilia G. Ethun	>65		10		5
Davide L. Vetrano	>60		11		3

Medicina da Universidade do Porto, o que contabilizou um total de 881 artigos.

Foram retirados os artigos duplicados, do que resultou uma seleção de 320 (36%), a submeter à avaliação dos títulos, resumos e conclusões. Deste conjunto foram excluídos 292 por não cumprirem os critérios de elegibilidade, permanecendo para leitura do texto completo 97 artigos, trabalho que foi realizado pelos 2 investigadores. Após a avaliação do texto completo, foram ainda excluídos 66 estudos por não apresentarem referência à fragilidade física e 15 por não incluírem ferramentas de avaliação (Cf. diagrama anexo).

Finalmente, foram admitidos para análise de revisão sistemática 16 estudos publicados entre 2014 e 2018, que abrangeram 440 079 participantes e apresentam 26 escalas.

O Quadro1 inclui os 16 trabalhos admitidos, apresentando: a respetiva identificação pelo primeiro autor; o desenho do estudo; o ano em que foi publicado; o país de origem; o contexto em que foi desenvolvido; a idade dos participantes ou a sua idade média; o número e tipo de escalas usadas para identificar a fragilidade e se a investigação foi efetuada no hospital ou na comunidade.

Quadro 2. Artigos analisados

1º Autor	Desenho	Ano	País	Amostra	Idades	Escalas	Contexto
Rónán O'Caomh	Coorte	2014	Irlanda, Cork	803	80	CFS, RISC, Comorbilidades	Comunidade
S.J.Wallis	Observacional	2015	UK, Cambridge	11271	>75	CFS	Hospital/urgência
Talal A.	Coorte	2015	Canadá	390	63(±15)	CFS	Hospital/IR
Salina Juna,MD	Coorte Prospetiva	2016	Canadá	75	>65	CFS	Hospital/urgência
SJ Moug	Observacional	2016	UK Cardiff	325	>65	CFS, MoCA	Hospital/urgência
Elsa Dent	Revisão sistemática	2016	Austrália	26 Trabalhos	>65	PFS, FI, SOF, EFS, FRAIL, CFS, MPI, TFI, PRISMA 7, GFI, SPQ, GFS, Kihon Checklist, medidas individuais de fragilidade	Comunidade
Theodore K. Malmstrom	Coorte Longitudinal	2014	USA	998	>5o <65	Frail, SOF, FI, CHS	Comunidade
Bienvenu Bongue	Coorte	2017	França	1643	77,7	VES 13, CGA, GFI, PFS	Comunidade
Borja del Pozo-Cruz	Transversal	2017	Espanha	519	>65	Frailty Trait Scale	Comunidade
Sjors Verlaan MSc	Metanálise	2017	Holanda	5447	77,2	PFS, SOF, TFI, EFS, Kihon, CFS	Comunidade
Bem R Davies	Revisão sistemática	2017	UK Bristol	207720	>65	eFI, CARS, VES 13, TFI, GFI, PFS	Comunidade
Annie Cheung	Coorte retrospetiva	2017	Canadá	266	76,5	CFS, FI lab	Hospital/trauma
Edward Chong	Coorte prospetiva	2017	Singapura	210	89,4	FI, FRAIL, TFI, CFS	Hospital/Agudos
Judit Kovacs	Ensaio clínico prospetivo	2017	Romania	57	>65	EuroScoreII, CFS, EFS	Hospital/cirurgia
Cecilia G. Ethun	Revisão sistemática	2017	USA/ Atlanta	65436	>65	FRAIL, VES 13, PFS, FI CGA	Hospital /Cancro
Davide L. Vetrano	Revisão sistemática	2018	Suécia/Itália	144403	>60	CHS, FI, CFS	Hospital/ HTA

No que respeita ao desenho, foram encontrados 9 estudos de coorte (56%), 5 revisões (31,2%), um estudo transversal e um ensaio clínico. Quanto ao país de origem dos trabalhos 9 (56,2%) têm origem na Europa, 5 no continente americano (31,2%), 1 da Austrália e outro de Ásia (Singapura).

O conjunto dos trabalhos analisados envolveu mais de 439.563 participantes com idades superiores a 50 anos.

As escalas foram aplicadas em ambiente de prática clínica real, em hospitais, desde o serviço de urgência, nos doentes com IR em diálise, em oncologia, nos doentes cirúrgicos, no trauma, durante o internamento, nas consultas, nas unidades de medicina, em doentes com IC, hipertensão arterial, nas unidades de longa duração e na comunidade.

Foram identificados cerca de 26 instrumentos, de entre estes foram selecionados 9, por serem os mais usados na prática clínica diária e com resultados de validade, fiabilidade, sensibilidade e validade preditiva comprovados e que apresentam componentes clínicos e de rastreio. Destes, apenas três apresentam características clínicas e cinco foram classificados como escalas multidimensionais (clínica, psicológico, social e ambiental), isto é, clínicas e de rastreio.

Quanto às escalas selecionadas, cada uma com a sua complexidade, apresentam características de diagnóstico da fragilidade, que permitem facilitar o trabalho dos profissionais nos hospitais e nos cuidados primários.

Nesta revisão, verificou-se que entre os 16 artigos selecionados, a CFS foi a escala mais usada (12 artigos/75%), seguindo-se o FI (7 artigos/43,7%) e o PFS (6 artigos/31%).

As dimensões das amostras variaram entre um estudo que abrangeu 144 403 participantes e outro com apenas 57. A idade destes participantes esteve acima dos 65 anos, exceto num dos estudos selecionados que incluiu idades entre os 50 e os 60 anos. O uso das escalas foi mais frequente no ambiente hospitalar (56%) que na comunidade (43,7%).

O quadro 2 apresenta as nove escalas/índices, caracterizadas de acordo com os seguintes elementos: tipo de medida; país de origem; tempo médio gasto na sua aplicação; quantidade de itens usados; número e identificação dos componentes usados; pontos de corte e identificação da pré-fragilidade que define o risco e a estratificação da fragilidade.

Quadro 4. Escalas/ instrumentos

Escala / Índice	Tipo de medida: clínica/ rastreio	País origem	Tempo (min)	Item	Componentes	Pontos de corte	Pré Fragilidade
FI-CGA	Clínica	Canada	<15	30+	10 Domínios, 52 itens, com AVD e AIVD, Comorbilidades, humor e cognição	Uma escala contínua. Ponto de corte sugerido > 0.25	Não
EFS	Clínica	Canada	<5	9	Cognição, saúde (2x), internamento, apoio social, nutrição, humor, função, continência	Fragilidade = pontuação ≥ 7	Sim
CFS	Clínica	Canada	<5	2	Diagrama visual e escrito da fragilidade com 9 imagens graduadas: 1 = robusto; 9 = doente terminal e +3 demência	Uma pontuação contínua. Ponto de corte Frágil ≥5	Sim
CHS-PFS	Rastreio e clínica	USA	<10	5	Perda de peso, baixa atividade física, exaustão, lentidão, fraqueza	Fragilidade ≥3 itens; pré-frágeis 1 – 2; Robusto = nenhum	Sim
FI-CD	Rastreio e clínica	Canada	20-30	30 +	Défice saúde acumulados: pontuação de 0 (sem défices) a 1.0 (todos os défices)	Escala Contínua, ponto de corte de fragilidade sugerido 0,25	Não
SOF	Rastreio e clínica	USA	<5	3	Perda de Peso, Exaustão, Incapaz de se levantar da Cadeira 5 vezes	Fragilidade ≥2 itens, por-frágil = 1 item; robustos = 0 itens	Sim
FRAIL	Rastreio e clínica	USA	<10	5	Fadiga, Resistência, deambulação, Doença, Perda de Peso	Fragilidade ≥3 itens Pré-frágil 1,2 itens; robusto = 0 item	Sim
MPI	Rastreio e clínica	Itália	<15	8	Comorbilidades, Nutrição, Cognição, Polifarmácia, Risco de úlcera de Pressão, Qualidade de Vida, AVD, AIVD	Fragilidade > 0,66; Pré-fragilidade = 0,34 a 0,66; robusto <0,34	Sim
TFI	Rastreio	Holanda	<15	15	Autorrelato em 3 domínios: físico, psicológico e social	Fragilidade com Scores	Não

O quadro dá conta das características dos instrumentos clínicos e de rastreio mais usadas nos trabalhos selecionados. De acordo com os critérios previamente definidos, procurou-se nos estudos a possibilidade de identificação da pré-fragilidade e da estratificação de fragilidade, consideradas indispensáveis no estabelecimento de um plano de intervenção de cuidados adequados a cada

pessoa idosa.

As nove escalas analisadas apresentam escalas entre três e nove níveis de fragilidade. Duas dessas escalas não definem a pré-fragilidade (TFI e FI-CGA). Os idosos participantes nos estudos foram classificados da seguinte forma: robustos ou não frágeis; pré-frágeis ou vulneráveis; fragilidade leve; fragilidade moderada; fragilidade severa. A CFS acrescenta ainda a fragilidade terminal e a fragilidade cognitiva em quatro níveis. Entre as escalas clínicas mais rápidas, fáceis de usar e com menos itens identificaram-se a EFS e CFS.

Os instrumentos de medida clínica com maior número de propriedades clinimétricas foram a Escala Edmonton Frail Scale- (EFS) e a Clinical Frailty Scale (CFS), dado que o FI-CGA não define pré fragilidade. (Quadro 5)

Quadro 5. Medidas Psicométricas e clinimétricas

Escala/Índice	Requisitos de medidas de fragilidade							Tipo de medida: clínica/rastreio
	Dados da CGA	Equipamento especial	Treino entrevistador	Fiabilidade	Validade	Validade Preditiva	Sensibilidade	
FI-CGA	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Clínica
EFS	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Clínica
CFS	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Clínica
CHS	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Rastreio e clínica
FI-CD	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Rastreio e clínica
SOF	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Rastreio e clínica
FRAIL	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Mais estudos	Sim	Rastreio e clínica
MPI	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Mais estudos	Mais estudos	Rastreio e Clínica
TFI	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Rastreio

O Tilburg Frailty Index (TFI), sendo uma ferramenta multidisciplinar com componente social, com versões já desenvolvidas em 49 países e adaptação às diferentes línguas e culturas, apresenta todas as características clinimétricas exigidas. Acresce que necessita de mais de 15 minutos para ser aplicado e permite o autopreenchimento. No entanto, não identifica a pré-fragilidade.

Discussão

A análise da literatura realizada pelos 3 investigadores identificou para revisão 26 estudos correspondentes aos critérios definidos. Nestes, encontraram-se nove escalas/índices suscetíveis de serem usados na prática clínica diária. No entanto, apenas três foram classificadas como sendo clínicas e seis classificadas como escalas multidisciplinares de triagem.

Da mais de meia centena de instrumentos identificados na literatura que foi objeto da pesquisa para avaliação da síndrome de Fragilidade, verificou-se que nem todas se encontravam bem validadas e só algumas dispunham de validade preditiva. Atualmente, os problemas ligados com o diagnóstico dos níveis de fragilidade são avaliados com diferentes ferramentas que assumem a forma de escalas de avaliação de fragilidade. No entanto, a falta de consenso acerca de uma ferramenta padrão para diagnóstico da síndrome de fragilidade parece ser um problema internacional, ainda não resolvido.

O perfil desejado para que uma dessas ferramentas seja padrão é que cumpra critérios como: ser fácil de usar, ser consensual, que estratifique a fragilidade e tenha provadas com evidência robusta as propriedades clinimétricas e psicométricas (fiabilidade, validade, de sensibilidade e especificidade).

Nos instrumentos identificados foram observados domínios predominantemente físicos, mas também surgiram igualmente escalas que consideravam fatores de ordem psicológica, social e ambiental. A associação da fragilidade com fatores sociais tem sido amplamente reconhecida, sendo que o isolamento social e a solidão também está significativamente associado à mortalidade.

Um dos pontos de relevância no contexto do diagnóstico da fragilidade é a utilização de abordagens amplas, uma vez que o foco exclusivo em problemas físicos pode levar à fragmentação do cuidado ao idoso (36).

Na avaliação e na estratificação da fragilidade nos idosos é, portanto, aconselhável, incluir as diferentes dimensões, nomeadamente as condições sociais e ambientais. No cenário clínico, onde a fragilidade assume importância inquestionável, o desafio atual consiste em operacionalizar o conceito e facilitar seu reconhecimento (4).

Muitos idosos preferem permanecer nas suas próprias casas pelo máximo de tempo possível, em vez de envelhecerem em

lares e casas de repouso, devido aos aspetos psicossociais favoráveis de permanecerem no seu ambiente e à possibilidade de gozarem de maior autonomia. Nestes contextos, os instrumentos que identificam a pré-fragilidade ou a fragilidade e os seus fatores de risco devem ser utilizados precocemente, pois a incapacidade resultante da fragilidade pode ser tratada, com um prognóstico mais positivo. Intervenções adequadas e na fase inicial da fragilidade tornam-se mais eficazes quando aplicadas em idosos (37)

É ainda necessário considerar que a fragilidade é um processo, caracterizado por frequentes transições ao longo do tempo, sendo a probabilidade de transição para estados de maior fragilidade superior às transições para estados de menor fragilidade e a possibilidade de transição de “muito frágil” para um “estado robusto” extremamente baixa (38).

O aumento do número de idosos frágeis conduz ao aumento da fragilidade na comunidade. E uma comunidade frágil gera um aumento do consumo de cuidados e um aumento da despesa pública com dependência de cuidadores. Trata-se de um novo conceito a desenvolver: a de fragilidade das comunidades, decorrente das fragilidades individuais e que carece de identificação e estratificação dos grupos de população frágil.

São vários os cenários onde a avaliação da fragilidade pode ser realizada: nos cuidados de saúde primários; nas unidades de agudos, nos serviços de urgência, nas unidades de trauma, nos hospitais, nas enfermarias, nas consultas de especialidade dos hospitais e ACEs, nas unidades de reabilitação; nas unidades de diálise; nos cuidados ao domicílio, na rede nacional de cuidados continuados; em lares ou casas de repouso; na comunidade; em todos espaços e lugares.

Conclusão

A fragilidade é uma condição de saúde heterogénea, progressiva e complexa, que pode ser prevenida e tratada. A sua avaliação precoce e a estratificação de risco para a saúde é a base indispensável para se assegurar a conceção e o desenvolvimento de planos de cuidados dimensionados para as reais necessidades do doente, com o objetivo de reverter o seu estado.

No cenário clínico, a fragilidade assume importância inquestionável, sendo o desafio atual operacionalizar o conceito e facilitar seu reconhecimento usando instrumentos que identificam a pré-fragilidade. No entanto não existe ainda uma medida internacional padrão e consensual para avaliar a fragilidade. Algumas medidas são mais adequadas para o rastreio da fragilidade ao nível da comunidade e outras para ambiente hospitalar.

A utilidade de abordagens multidisciplinares reveste-se de grande relevância no contexto da fragilidade, uma vez que o foco exclusivo em problemas físicos pode levar à fragmentação do cuidado ao idoso (36). As relações sociais desempenham um papel central no bem-estar humano e estão diretamente envolvidas na manutenção da saúde (39).

Sendo previsível que, em Portugal, os profissionais de saúde optem preferencialmente por um instrumento adequado ao contexto de seu trabalho, que inclua uma escala simples e fácil de aplicar, considera-se que aqueles que oferecem melhores condições são o TFI e a CFS, os quais deverão com vantagens ser traduzidos e adaptados à população portuguesa e usados na população portuguesa.

Recomendações

Para o futuro da prestação de cuidados de saúde individualizados e complexos ao idoso será indispensável a avaliação clínica da Síndrome de Fragilidade. Para tal recomendam-se tomar uma de três decisões alternativas:

- 1.^a – Criar um consenso generalizado, para disponibilizar, de entre os instrumentos existentes, aquela que seja considerada padrão, não só com o objetivo da investigação, como da prática clínica diária, e que irá permitir estudos comparativos internacionais de prevalência de fragilidade e do seu atendimento.
- 2.^a – Desenvolver um novo instrumento de medida padrão, que tenha por base uma operacionalização consensual do conceito e se associe a uma escala universalmente aceite.
- 3.^a Enquanto não se alcança o desejado consenso, e tendo em conta a complexidade do doente idoso e do diagnóstico de fragilidade, recomenda-se o recurso a uma ferramenta de diagnóstico clínico e a uma outra de triagem multidisciplinar, sendo possível realizar esses procedimentos em duas etapas: primeira etapa - triagem multidimensional, para todos os indivíduos idosos; segunda etapa - avaliação apenas para os frágeis (23).

Agradecimentos

Agradecemos a todos os intervenientes nomeadamente ao Dr. Hélder Reis e à Prof^a Dra. Susana Arranhado.

Conflito de Interesses.

Não se identificaram conflito de interesses

Bibliografia

1. Direção Geral de Saúde. Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns. Direção-Geral da Saúde. 2017;1–104.
2. Turismo TDO, Demogr S, Regi NAS, Portuguesas ES, Territorial R, Territorial R, et al. Retrato Territorial de Portugal Edição 2017. 2017;1–18.
3. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2013;14(6):392–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
4. Morley JE, Vellas B, Kan GA van, al. et. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14:392–7.
5. Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: The English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*. 2018;47(3):392–7.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al, Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146–56.
7. Topinková E. Aging, disability and frailty. *Ann Nutr Metab*. 2008;52(SUPPL. 1):6–11.
8. Shamliyan T, Talley KMC, Ramakrishnan R, Kane RL. Association of frailty with survival: A systematic literature review. *Ageing Research Reviews*. 2013.
9. Rochat S, Cumming RG, Blyth F, Creasey H, Handelsman D, Le Couteur DG, et al. Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men: The Concord Health And Ageing in Men Project. *Age Ageing*. 2010;39(2):228–33.
10. M.Gagesch, H-A.Bischoff-Ferrari BV. Head-to-head compariso of Fralty Prevalence by instroment in 5 DO-Heath countries,. 2018;1(July):3901295.
11. Sirven N, Rapp T. The cost of frailty in France. *Eur J Heal Econ* [Internet]. 2017 Mar;18(2):243–53. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0772-7>
12. Wyrko Z. CME ACUTE MEDICINE Frailty at the front door. *Clin Med (Northfield Il)*. 2015;15(4):377–81.
13. Dent E, Kowal P, Hoogendijk EO. Frailty measurement in research and clinical practice: A review. *Eur J Intern Med* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2018 Feb 27];31:3–10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620516300279>
14. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée: un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011;9(4):387–90.
15. Hyde Z, Flicker L, Almeida OP, Hankey GJ, McCaul KA, Chubb SAP, et al. Low free testosterone predicts frailty in older men: The health in men study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(7):3165–72.
16. Rockwood K, Song X, MacKnight C, al. et. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173:489–95.
17. Archibald MM, Ambagtsheer R, Beilby J, Chehade MJ, Gill TK, Visvanathan R, et al. Perspectives of Frailty and Frailty Screening: Protocol for a Collaborative Knowledge Translation Approach and Qualitative Study of Stakeholder Understandings and Experiences. *BMC Geriatr*. 2017;
18. Huisingh-Scheetz M, Walston J. How should older adults with cancer be evaluated for frailty? *Journal of Geriatric Oncology*. 2017.
19. Sutton JL, Gould RL, Daley S, Coulson MC, Ward E V., Butler AM, et al. Psychometric properties of multicomponent tools designed to assess frailty in older adults: A systematic review. *BMC Geriatr*. 2016;16(1).
20. Fried LP, Tangen CM, Walston J, al. et. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56:M146–56.
21. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *Sci World J*. 2001;1:323–36.
22. Coelho T. Modelo integral de fragilidade do idoso (do constructo à avaliação Tilburg frailty indicator). 2014;118.
23. Rockwood K, Theou O, Mitnitski A. What are frailty instruments for? Vol. 44, *Age and Ageing*. 2015.
24. Roppolo M, Mulasso A, Gobbens RJ, Mosso CO, Rabaglietti E. A comparison between uni- and multidimensional frailty measures: Prevalence, functional status, and relationships with disability. *Clin Interv Aging*. 2015;10.
25. Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016;
26. Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, de Vet HCW, Terwee CB. The COnsensus-based standards for the selection of health measurement INSTRUMENTS (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Brazilian J Phys Ther*. 2016;20(2):105–13.
27. Lefebvre C, Glanville J, Wieland LS, Coles B, Weightman AL. Methodological developments in searching for studies for systematic reviews: past, present and future? *Syst Rev* [Internet]. 2013;2:78. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-8488833320&partnerID=40&md5=1bfa7344c017a96b16aa52a856b510cc>
28. Part 1 - Finding the Best Clinical Evidence. 3(3):10–26.
29. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73.
30. Clegg A, Young J, Iliffe S, al. et. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752–62.
31. Indicate N. Newcastle-Ottawa Quality Assessment Form for Cohort Studies. :17–8.
32. Donato H, Donato M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port*. 2019;32(3):227.
33. Zeng X, Zhang Y, Kwong JSW, Zhang C, Li S, Sun F, et al. The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: A systematic review. *J Evid Based Med*. 2015;8(1):2–10.
34. Kojima G. Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016.
35. Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Cochrane Handbook for Systematic Reviews of*. 2008;
36. Gobbens RJ, Assen MA van, Luijckx KG, al. et. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc*. 2010;11:344–55.
37. Hardy SE, Dubin JA, Holford TR, Gill TM. Transitions between States of Disability and Independence among Older Persons. 2005;161(6):575–84.
38. Gill TM, Gahbauer EA, Allore HG, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Arch Intern Med*. 2006;166:418–23.
39. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. 2013;110(15):5797–801.

O PÉ DIABÉTICO ENTRE DOIS MUNDOS: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E MEIO HOSPITALAR

JOANA FAZENDA DOS SANTOS DUARTE PATRÍCIO

Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E

ANA RAQUEL PEREIRA MARTINS

Hospital dos Espírito Santo de Évora, E.P.E.

MARIA MANUELA VIDEIRA SARAIVA

Hospital dos Espírito Santo de Évora, E.P.E.

Introdução e objetivos

Este projeto nasceu da necessidade da otimização dos cuidados aos doentes diabéticos da região do Alentejo e tem como principal objetivo criar um canal de comunicação entre os cuidados de saúde primários e o seu Hospital de referência, numa área em que não existia uma resposta dirigida e atempada para os doentes diabéticos com feridas do pé, permitindo a prevenção de amputações *major* e internamentos prolongados que acarretam grande incapacidade nos doentes e elevados custos para as instituições de saúde.

Com a criação da Consulta do Pé Diabético e o Hospital de Dia de Cirurgia conseguiu-se assim centralizar os cuidados destes doentes e melhorar o prognóstico de muitas situações críticas.

A médio prazo o objetivo seria criar uma “Clínica do Pé Diabético” a nível hospitalar, que permitisse estender a resposta a estes doentes, funcionando todos os dias da semana, sendo uma via de orientação privilegiada de doentes provenientes dos cuidados de saúde primários. Sabemos que os melhores resultados conseguem-se evitando que os

pés dos diabéticos se transformem em pés diabéticos e é este o nosso principal mote. Durante o primeiro ano de funcionamento foram seguidos com regularidade 39 doentes na Consulta, referenciados pelos Médicos de Família ou pelo Serviço de Urgência. Destes doentes, uma grande maioria foi seguida apenas em ambulatório, sem necessidade de internamento, o que representa uma poupança de recursos hospitalares. O facto de os doentes serem posteriormente encaminhados para especialidades que intervenham no sentido de prevenir novas lesões faz com que existam já alguns casos de grande sucesso, o que motiva a equipa a querer crescer e melhorar os cuidados prestados. Do total dos 39 doentes, 27 evoluíram para a cicatrização completa, 4 necessitaram de amputações *minor* e nenhum necessitou de amputação *major*.

Outro dos objetivos a curto prazo será integrar na consulta a integração e utilização da aplicação “Healico” de forma a padronizar a abordagem aos doentes e a melhorar a comunicação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.

Materiais e métodos a utilizar

Para implementar o projeto foi criada uma consulta específica composta por 3 médicas e 2 enfermeiras com formação na área e, após definição dos critérios de admissão nesta consulta, foi feita uma apresentação do projeto na Ordem dos Médicos de Évora aos colegas dos cuidados de saúde primários para que estes pudessem referenciar os doentes.

A consulta funciona em articulação com várias especialidades (entre elas Cirurgia Vasculuar, Medicina Física e Reabilitação, Ortopedia, Endocrinologia, etc.), com vista a otimizar o mais possível o tratamento dos doentes e a cicatrização das lesões que estes apresentam.

Existe também a formação de internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar que assistem às consultas e recebem formação prática nas mesmas.

Foram utilizadas apresentações de *powerpoint* e também foram distribuídos panfletos para dar conhecimento do projeto. Serão periodicamente feitas ações de formação

internas e externas para integrar os colegas, no sentido de manter uma interligação eficaz entre o Hospital e os médicos dos cuidados de saúde primários.

Análise de resultados esperados

Os resultados baseiam-se na análise descritiva dos dados recolhidos durante as consultas, pretendendo-se avaliar o número de doentes com cicatrização completa de lesões, a redução do número de internamentos e a redução da necessidade de amputação *minor* e *major* nos doentes diabéticos. Pretende-se que os resultados sejam analisados e discutidos periodicamente em equipa, com vista a poder ser avaliado e auditado o trabalho desenvolvido. Neste sentido, já foram apresentados os resultados do primeiro ano de funcionamento do projeto na forma de comunicação oral num congresso internacional (“RESULTADOS DO PRIMEIRO ANO DA CONSULTA DE PÉ DIABÉTICO NO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA” - XXXI Encontro Internacional de Cirurgia - Porto, 11 e 12 de novembro de 2019), tendo sido elogiado o projeto, o seu funcionamen-

to e a sua ambição de crescer cada vez mais.

Discussão dos resultados esperados

Tal como já previamente demonstrado, os resultados até hoje têm sido bastante animadores, tendo-se assistido a uma franca redução dos doentes diabéticos com necessidade de internamento e com necessidade de amputação menor e major, com várias situações de grande sucesso na cicatrização. É também importante referir que o feedback dos cuidados de saúde primários é muito bom, considerando que as respostas médias aos pedidos de primeira consulta são muito baixas e a comunicação entre hospital-cuidados de saúde primários fica muito mais facilitada em caso de intercorrências no

tratamento dos doentes.

Conclusão

O projeto da criação da consulta de pé diabético e do Hospital de Dia de Cirurgia com o mote “let’s keep people on their feet” tem como principal objetivo aproximar os vários níveis de cuidados que interferem no tratamento do pé diabético e tem permitido aumentar a proximidade entre as instituições e melhorar os resultados na cicatrização de lesões, na redução de internamentos e na redução da necessidade de amputação. Procuramos uma melhoria constante do trabalho desenvolvido e procuramos avaliar as necessidades ainda existentes para tornar o projeto cada vez mais eficiente, com o objetivo, a médio prazo de constituir uma “Clínica do Pé

Diabético”.

Orçamento

Orçamento mínimo disponibilizado pelo hospital: criação de um gabinete próprio

Orçamento para material:

- Cadeira elevatória tipo “dentista”: 2000€

- Micromotor com fresas: 1000€

- MESI – ABPI-MD: 1600€

- Kits cirúrgicos: 500€

- Doppler portátil: 100€

- Material de penso: 200€

- Formação com entidade externa para formação específica: 300€

Afetação de meios técnicos e humanos

A consulta de pé diabético tem um local próprio, com um *staff* próprio (3 médicas e 2 enfermeiras) e o Hospital de Dia de Cirurgia tem também

um local próprio e uma enfermeira permanente entre as 9h e as 16h. Para a implementação da “Clínica do Pé Diabético” seria necessário aumentar a equipa de enfermagem e o espaço físico já existente.

Calendário da execução

Apresentação do projeto da consulta do pé diabético já efetuada em setembro de 2018.

Apresentação do projeto da “Clínica do Pé Diabético” em janeiro de 2023.

Apresentação dos resultados do projeto em reuniões médicas e congressos.

Bibliografia

IWGDF Guideline on interventions to enhance healing of foot ulcers in persons with diabetes



PREVENÇÃO DA DEISCÊNCIA DA FERIDA CIRÚRGICA EM NEONATOS APÓS CIRURGIA CARDÍACA

VIVIANA GONÇALVES

Serviço de Cirurgia Cardiorádica Centro Hospitalar Universitrio de So Jo

Introdução e objetivos

As cirurgias em recém-nascidos est

Material e metodologia

Apresentação de srie de casos, cerca de 100, de aplicao de terapia de presso negativa incisional em neonatos submetidos a cirurgia cardíaca, aps encerramento da ferida cirúrgica, estereotomia ou toracotomia.

Apresentao do (s) caso (s)

Entre janeiro de 2018 e setembro de 2022 foram efetuadas cerca de 100 cirurgias cardíacas em doentes neonatais, em ambas as abordagens, estereotomia e toracotomia. Um neonato define-se at



a capacidade de cicatrização.

Foi desenvolvido um protocolo de intervenção, em que a todos os neonatos submetidos a cirurgia cardíaca, após o encerramento da ferida cirúrgica, é aplicada terapia por pressão negativa incisional durante 7 dias e trocada para mais 7 dias. A terapia é colocada com os drenos torácicos, tendo por isso de ser feito um esforço extra para evitar fuga do sistema. A distância entre os drenos e o final da sutura é muitas vezes de cerca de 1 cm ou até menos, dependendo do tamanho do neonato.

Um dos casos foi um neonato com cerca de 900 gramas, em que a distância entre o dreno e a sutura era de cerca 7 mm. Todos os neonatos utilizaram sistema *bridge*, com uma pressão de -25mmHg, que permite manter os tecidos bem perfundidos e toda a região da incisão protegida, com resultados notáveis na cicatrização de feridas que permanecem abertas durante um período significativo. É também



possível manter a janela necessária para a execução de ecocardiogramas regulares. Estes doentes são mantidos sob vigilância intensiva e qualquer alteração significativa é registada e, se necessário, retirada a terapia.

Resultados e discussão

Os neonatos que utilizaram este sistema não desenvolveram complicações do local cirúrgico e 6 desenvolveram deiscência superficial, sem infeção associada. A retirada do material de sutura foi efetuada 14 dias após o encerramento, sem intercorrências. Este protocolo de prevenção está implementado no Serviço de Cirurgia Cardiorotáca do Centro Hospitalar e Universitário de São João, contando com a colaboração da equipa de gestão das feridas complexas deste serviço e com os profissionais do serviço de Neonatologia, numa relação de parceria de cuidados.

Conclusões

A utilização da terapia de pressão negativa incisional é extremamente importante na prevenção de complicações do local cirúrgico em todas as idades, mas que na Neonatologia é especialmente relevante, sendo a forma mais eficaz de atingir o objetivo de uma cicatrização sem intercorrências. Assim sendo, o aumento da qualidade de vida, do neonato e da sua família, a diminuição do tempo de internamento, a diminuição do risco de desenvolvimento de infeções hospitalares, com todos os custos acrescidos associados, e a diminuição dos custos sociais fazem deste procedimento uma aposta vencedora e que vai de encontro e responde às dificuldades inerentes às feridas cirúrgicas.

Bibliografia

- Philip, B. *et alli* (2017) – *Experience using closed incision negative pressure wound therapy in sternotomy patients*. Journal of Wound Care;
- Dohmen, P. *et alli* (2014) – *Use of incisional negative pressure wound therapy on closed median sternal incisions after cardiothoracic surgery: clinical evidence and consensus recommendations*. Medical Science Monitor;
- Hardwicke, J. *et alli* (2012) – *Topical negative pressure for the treatment of neonatal post-sternotomy wound dehiscence*. RCS Advancing Surgical Standards;
- Deniz, H. *et alli* (2012) – *Treatment outcomes of postoperative mediastinitis in cardiac surgery; negative pressure wound therapy versus conventional treatment*. Journal of Cardiothoracic Surgery;
- Boyar, V. (2018) – *Treatment of dehisced, thoracic neonatal wounds with single-use negative pressure wound therapy device and medical-grade honey*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses;
- Atkins, B. *et alli* (2009) – *Does negative pressure wound therapy have a role in preventing poststernotomy wound complications?*. Surgical Innovation;
- Grauhan, O. *et alli* (2014) – *Effect of surgical incision management on wound infections in a poststernotomy patient population*. International Wound Journal;
- World Union of Wound Healing Societies – Consensus Document (WU-WHS) (2016) – *Closed Surgical Incision Management: Understanding the role of NPWT*. World Union of Wound Healing Societies;
- Ciprandi, G. *et alli* (2018) – *A retrospective systematic data review on the use of polyhexanide-containing product on burns in children*. Journal Tissue Viability;
- Padalino, M. *et alli* (2017) – *Vacuum-Assisted Closure Therapy for the treatment of poststernotomy wound dehiscence in neonates and infants*. Georg Thieme Verlag KG;
- Jesus, L. *et alli* (2017) – *Negative pressure wound therapy in pediatric surgery: how and when to use*. Journal of Pediatric Surgery;
- European Wound Management Association – EWMA Document 2017 – *Negative Pressure Wound Therapy: Overview, Challenges and Perspectives*. European Wound Management Association

SAÚDE ONLINE

WWW.SAUDEONLINE.PT

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



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

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

NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA GERIATRIA E GERONTOLOGIA DA SPGG

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 *Comité 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 RPGG 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 expresso 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 RPGG 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/rastreamento: 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.

4. 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.

4.1. 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, sen-

do 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.

5. ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS

5.1. 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 eletrónico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito.

O nome, endereço de correio eletrónico 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}.

5.2. 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: no título e nas principais secções do trabalho;

- na primeira palavra de todos os parágrafos;
- nas palavras principais de capítulos, subcapítulos, secções e subsecções;
- nas palavras dos títulos das figuras e tabelas;
- em nomes de escalas e instrumentos de medida;
- em substantivos determinados por numeral ou letra;
- 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 excecionais em que tal se justifique.

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

5.3. 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).

6. SUBMISSÃO DE ARTIGOS À APRECIÇÃO EDITORIAL

Os documentos devem ser submetidos para o endereço de correio eletrónico geral@spgg.com.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.

7. 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 SPGG – www.spgg.com.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 SPGG através do endereço de correio eletrónico geral@spgg.com.pt

8. 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.

9. CEDÊNCIA DE DIREITOS DE AUTOR

A RPPG não cobra nenhuma taxa de envio ou publicação dos artigos aceites. 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. Concedem ainda à RPPG 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 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.

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.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia apresenta Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia
2. 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>
3. Committee on Publication Ethics. Best practice guidelines for journal editors [Internet]. COPE; 2014. Available from: <http://publicationethics.org/>
4. 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.
5. 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/>
6. 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/>
7. 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/>
8. 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/>
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9.
10. Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMJ*. 2010;340:c332.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Riley RD, Lambert PC, Abo-Zaid G. Meta-analysis of individual participant data: rationale, conduct, and reporting. *BMJ*. 2010;340:c221
18. Publication Manual Of The American Psychological Association: The Official Guide To APA Style, 7th Edition.