



SPGG

Sociedade Portuguesa
de Geriatria e Gerontologia



42º Congresso
Português de
GERIATRIA e
GERONTOLOGIA

SAÚDE ONLINE | JORNAL DO CONGRESSO

LISBOA, CENTRO ISMAILI
23, 24 E 25 DE NOVEMBRO DE 2022

**“É preciso saber
dar uma resposta
diferenciada aos
idosos, daí ser
fundamental
melhorar a
formação em
Geriatria”**

Prof. Doutor
Manuel Carrageta

**Condição Pós-Covid-19
ou *Long Covid***

Prof. Doutor Filipe Froes

**Cuidados de Incontinência -
Como deve de ser o absorvente
de incontinência ideal**

Dr. Nuno Filipe Machado



UMA ECONOMIA DA LONGEVIDADE

Dr. Rui Leão Martinho

Economista / Gestor
Vice-Presidente da SPGG

M

uito recentemente, tomámos conhecimento que somos oito mil milhões de seres humanos na Terra. Oito mil milhões espalhados pelos vários continentes e com formas de vida diferenciadas e longevidade distinta.

Longevidade que temos visto espalhar-se cada vez mais pelos países e regiões onde chega o desenvolvimento, o alargamento dos cuidados de saúde e de protecção social, a democratização do ensino, bem como a quebra da mortalidade infantil, o aumento da esperança de vida à nascença e os recursos necessários para o consumo cultural ou para o simples lazer.

Portugal que, até meados do século passado, olhava para estas evoluções noutros países do primeiro mundo com a ambição de também aqui as poder vir a ter, acabou por conseguir, a níveis assinaláveis, atingir resultados muito positivos no que respeita à mortalidade infantil (de-

vido às condições médico-sanitárias e ao grau de desenvolvimento do país), ao combate às doenças e à esperança de vida à nascença, a qual actualmente é de 81,06 anos.

Ora é este aumento de anos de vida que tornou Portugal, à semelhança da Itália ou do Japão, um país com um elevado número de pessoas com idade avançada, muitas delas ultrapassando já os 100 anos. Actualmente, a esperança média de vida em Portugal aos 65 anos é de mais 17, 76 anos para os homens e de 21,11 anos para as mulheres.

Claro que este envelhecimento se acentuou com a baixa fecundidade e esta faixa da população ainda não encontrou na sociedade portuguesa, em geral, o tratamento adequado para que seja devidamente aproveitada enquanto goza de saúde física e mental.

Há um estigma na sociedade quanto às reais capacidades daqueles que atingem a idade da reforma, mesmo reconhecendo-se hoje que muitos deles têm funções determinantes nos locais de trabalho, têm mais preparação do que gerações anteriores e estão em perfeitas condições de continuarem a exercer as suas profissões



e sentirem-se úteis à sociedade.

Fala-se muito em envelhecimento activo, mas nem sempre esta mesma sociedade cria condições e oportunidades para que estas pessoas continuem a laborar. Para tal, muito tem contribuído a falta de políticas públicas adequadas que preparem esta nova fase.

Com um número crescente de “senadores”, dotados de experiência e conhecimentos actualizados, cultura e até poder de compra, é necessária uma nova economia que integre o importante conceito da longevidade. Há que combater a situação em que, atingida a idade da reforma, os homens e as mulheres ao ficarem inactivos, à medida que os anos passam, poderem atingir a degradação física e mental que, precipitará o fim das suas vidas.

Assim, para uma crescente parte da população que deixa a vida activa e

se quer manter no mundo laboral, há que criar condições que permitam a flexibilidade do trabalho, preparando dessa forma uma saída gradual do mercado. Vamos, pois, começar a olhar de outra forma para esta realidade e vamos definir uma economia para a longevidade, reconhecendo que envelhecer não significa mais uma juventude perdida, mas sim um novo ciclo de oportunidade e força.

Falar do envelhecimento, da longevidade e das políticas públicas nestes domínios decerto ajudará a compreender melhor a situação actual e a lançar pistas para o futuro, o qual se pretende corresponda de forma mais eficaz à necessidade que o país tem de beneficiar do esforço e do trabalho de todos para crescer, se desenvolver e dar bem-estar aos seus cidadãos.

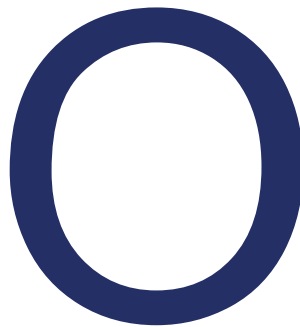
**O autor escreve de acordo com o A.A.O.*

CONDIÇÃO PÓS-COVID-19 OU LONG COVID



Prof. Doutor Filipe Froes

Assistente Graduado de
Pneumologia e Especialista em
Medicina Intensiva
Coordenador da Unidade de
Cuidados Intensivos do Hospital
Pulido Valente – CHULN
Ex-Coordenador do Gabinete
de Crise para a Covid-19 da
Ordem dos Médicos
Membro do Conselho Nacional
de Saúde Pública



termo “*Long Covid*” em inglês (Covid Longo em português) foi usado pela primeira vez pela arqueóloga Elisa Perego, do University College London, a 20 de maio de 2020, como um #hashtag do Twitter. Sem ter consciência das implicações futuras da etiqueta que acabara de criar, Elisa Perego apenas pretendia retratar e alertar para queixas que inexplicável e inesperadamente persistiam por várias semanas ou meses após a infeção inicial por SARS-CoV-2. De referir, também, que é a primeira vez que uma etiqueta das redes sociais é utilizada para denominar uma nova condição ou doença.

Esta nova realidade clínica e o número significativo de doentes que partilhavam queixas muito duradouras com consequente impacto na utilização de recursos dos sistemas de saúde levou à progressiva consciencialização desta entidade, de que resultou a publicação de vários artigos nas revistas médicas ainda no decurso de 2020 e, finalmente, com a publicação a 6 de outubro de 2021 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) do documento “*A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus*”.

Segundo a OMS, a condição pós-Covid-19 ocorre em indivíduos com uma história provável ou confirmada de infeção por SARS-CoV-2, geralmente 3 meses após o início da Covid-19 com sintomas que persistem durante pelo menos 2 meses e não podem ser explicados por um diagnóstico alternativo. Este documento realizado através de um consenso pela metodologia Delphi contou com a colaboração de várias dezenas de especialistas de todas as regiões e continentes, com destaque para a Europa, América do Norte e

Austrália, veio estabelecer uma uniformização de conceitos (linguagem comum) de modo a promover a investigação e a imprescindível comparação dos diferentes estudos e resultados.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou a norma 002/2022, de 17/03/2022, intitulada “Covid-19: Condição pós-CovidD-19” com o objetivo de melhorar a identificação destes doentes, estabelecer critérios de referenciação, reabilitação e continuidade de cuidados. Segundo informação disponível no site da DGS, esta norma encontra-se presentemente em atualização.

Ainda não há dados definitivos sobre a incidência da Long Covid em função de diferentes variáveis, tais como o impacto das variantes e, em particular, da Ómicron, bem como da vacinação e das diferentes modalidades terapêuticas, onde se incluem os antivíricos (e.g., nirmatrelvir/ritonavir, remdesivir e molnupiravir) e os anticorpos monoclonais (e.g., sotrovimab, tixagevimab+cilgavimab e bebtelovimab).

Estudos recentes publicados em maio deste ano pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention) apontam para que um em cinco (20%) sobreviventes da CovidD-19 com idade entre os 18 e os 64 anos e um em quatro (25%) sobreviventes com idade igual ou superior a 65 anos mantém, pelo menos, uma manifestação que pode ser atribuído à infeção prévia por SARS-CoV-2.

E, posteriormente, em agosto, um estudo publicado no *The Lancet* por uma equipa dos Países Baixos, calculou que a Long Covid possa ocorrer em cerca de 13% dos doentes. Se atendermos ao número de doentes infetados, à ausência de biomarcadores específicos, ao desconhecimento dos mecanismos fisiopatológicos e à inexistência de intervenções terapêuticas dirigidas podemos estar perante uma nova e decisiva sobrecarga dos serviços de saúde. Aquilo a que alguns autores já chamam de pandemónio *Long Covid*!

“É PRECISO SABER
DAR UMA RESPOSTA
DIFERENCIADA AOS
IDOSOS, DAÍ SER
FUNDAMENTAL
MELHORAR A
FORMAÇÃO EM
GERIATRIA”



Apostar na formação em Geriatria, para se dar uma resposta mais adequada às particularidades das pessoas idosas é uma luta em que Manuel Carrageta está empenhado. A propósito do 42.º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia, que se realiza entre 23 e 25 de novembro, em Lisboa, fala sobre cuidados geriátricos e sobre os desafios do envelhecimento.

Este é o 42.º congresso. Ao longo destes anos, sente que a Geriatria e a Gerontologia são áreas mais valorizadas pelos profissionais de saúde?

Sim, nota-se que existe uma maior consciência de que é preciso olhar para os mais idosos e as suas necessidades, porque o aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade leva a que os nossos doentes sejam cada vez mais pessoas de idade avançada. É preciso saber dar uma resposta diferenciada aos idosos, daí ser fundamental melhorar a formação em Geriatria. A maioria dos doentes idosos tem diversas comorbilidades que exigem uma abordagem mais global, não somente centrada numa única patologia. Em medicina geriátrica é

preciso apostar numa Medicina ainda mais personalizada.

Essas particularidades cingem-se sobretudo à terapêutica?

A manifestação da doença na idade avançada é muito atípica, na medida que os sintomas são inespecíficos, tais como cansaço, *delirium*, quedas, tonturas, anorexia, etc. Na prática, é mais difícil chegar ao diagnóstico, porque a doença manifesta-se, muitas vezes, de forma enganosa, no órgão mais enfraquecido e não propriamente naquele que está realmente doente. Por exemplo, uma pessoa com pneumonia tem tosse, expectoração, febre e pontada nas costas; mas nos mais idosos, as primeiras queixas podem ser simplesmente confusão mental,

não responder a perguntas, uma história de queda, anorexia, etc.

No caso da terapêutica é preciso ajustar as doses, porque a senescência conduz a alterações fisiológicas, nomeadamente da função hepática, da função renal, etc. O fígado, por exemplo, vai metabolizar os fármacos com menos eficiência de forma a serem eliminados pelo rim que, por sua vez, perde grande parte da capacidade de filtração dos fármacos, que consequentemente se podem acumular, atingindo níveis tóxicos. Sendo os órgãos-alvo mais sensíveis, nomeadamente os baroreceptores, podem facilmente surgir mais complicações. Temos que ter regras, seguir protocolos adequados e que são diferentes dos das idades mais jovens, não esquecendo a regra de começar os

fármacos com doses mais baixas e aumentar a terapêutica mais lentamente (“*start low, go slow*”).

Daí o apelo à adoção e aplicação da avaliação geriátrica global (AGG)?

Exatamente! A AGG é um apoio indispensável para qualquer decisão terapêutica bem fundamentada. É preciso hierarquizar as diferentes patologias e a capacidade funcional e isso implica conhecer a pessoa no seu todo.

Mas a AGG ainda não é aplicada regularmente, quer nas consultas como nas urgências...

Infelizmente! Nas urgências não é raro confundir-se o *delirium* com demência, o que, no meio da sobrecarga de trabalho, pode levar a tomar-se a opção de se dar mais atenção a outros doentes com aparente maior potencial de cura. Basta uma infeção urinária, uma pneumonia ou uma dor no peito decorrente de um enfarte agudo do miocárdio para a pessoa idosa ficar confusa e não ser capaz de responder às perguntas do clínico. Mas é uma manifestação de uma patologia aguda, não de um estado demencial, crónico e progressivo. A síndrome de *delirium* é uma urgência médica e precisa de cuidados imediatos.

O que se pode fazer para que a AGG possa ser aplicada como uma medida que faz parte das boas práticas médicas?

Já existem escalas e fluxogramas simples para poderem ser aplicados, nomeadamente na urgência. Mas ainda é preciso apostar mais na formação dos profissionais de saúde, daí este Congresso da SPGG.

Os mais novos estão interessados na Geriatria?

Muito mais que os mais velhos. No meu tempo, os doentes podiam ter várias manifestações, mas apenas uma doença, uma única causa. Atualmente, os novos médicos são logo no início da carreira confrontados com muitos doentes idosos, polimedicados e com multipatologia. Eles vivenciam diariamente a necessidade de ter mais

“A MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA NA IDADE AVANÇADA É MUITO ATÍPICA, NA MEDIDA QUE OS SINTOMAS SÃO INESPECÍFICOS, TAIS COMO CANSAÇO, DELIRIUM, QUEDAS, TONTURAS, ANOREXIA, ETC.”

conhecimentos sobre as características próprias das patologias das idades mais avançadas.

Considera que a competência de Geriatria deveria caminhar para especialidade?

Sim, aliás, isso é o que tem acontecido na maioria dos países. O facto de já termos conseguido a competência é um bom início, mas há um longo caminho a percorrer. Não duvido que com as mudanças sociodemográficas a que estamos a assistir venha a ser inevitável criar a especialidade.

Também é preciso unidades de Geriatria para se poder fazer formação prática... Com a pandemia, alguns projetos ficaram parados, outros foram mesmo cancelados. A demografia vai acabar por obrigar a Tutela a apostar nesta área?

Sim, acredito. A recente criação da Direção do SNS renova a esperança dos cuidados médicos terem um impulso de modernização e, no caso da Geriatria, se poder avançar com pequenas unidades, onde se irão aplicar todos os progressos da Medicina Geriátrica e se possa fazer escola...

Além da componente mais clínica, é preciso envolver também a comunidade...

Sem dúvida! Todos somos importantes. A Geriatria é uma competência que assenta num trabalho de equipa

multidisciplinar. No caso das ERPI, veja-se o que aconteceu no Algarve, em que uma idosa, acamada, surge cheia de formigas no corpo! Estes não são casos isolados, há certamente muitos outros que passam despercebidos, pelo que temos que estar mais atentos.

Devia existir uma gestão integrada do envelhecimento?

Exatamente! A sociedade mudou e tem que se tornar mais amiga das pessoas mais velhas, que têm limitações e necessidades que devem ser satisfeitas. As autarquias têm de fazer alterações, nomeadamente no urbanismo, nos transportes públicos, etc. para tornar as cidades mais amigas das pessoas idosas.

Portugal é dos países mais envelhecidos da Europa. Na comunidade, quais são as grandes preocupações? As ERPI?

O mais importante é combater o isolamento. No Congresso, o presidente da sociedade espanhola vai precisamente abordar a temática da solidão como uma nova síndrome geriátrica.

Concorda que seja um anova síndrome?

Sim, as pessoas idosas têm um risco elevado de ficar isoladas e precisam conviver mais, ter uma rede social

“NAS URGÊNCIAS NÃO É RARO CONFUNDIR-SE O DELIRIUM COM DEMÊNCIA, O QUE, NO MEIO DA SOBRECARGA DE TRABALHO, PODE LEVAR A TOMAR-SE A OPÇÃO DE SE DAR MAIS ATENÇÃO A OUTROS DOENTES.”

que lhes permita contactar com outras pessoas. Os seres humanos precisam uns dos outros, conviver, caso contrário perdem capacidades cognitivas e a sua saúde deteriora-se.

O impacto é sobretudo a nível psicológico?

E também social. O ser humano desenvolveu-se vivendo em grupo e isso está no nosso ADN. A evidência científica diz-nos que quem vive isolado sofre uma degradação rápida da saúde mental e aumenta o risco de alcoolismo, tabagismo, hipertensão, hipercolesterolemia, alcoolismo, etc..

Uma situação que se agravou com a pandemia..

Sim, porque são saíram das suas casas e há ainda as pessoas com covid longo, muitas delas com sequelas cognitivas. Vamos ver daqui a uns anos se aumentam os casos de demência e que outras consequências vão surgir...

E depois ainda existe o problema dos cuidadores também idosos...

Sim, têm uma carga muito grande e também precisam de apoio. A sociedade tem que reconhecer o papel fundamental dos cuidadores, que ficam com frequência esgotados. Por exemplo, quem cuida de um doente com demência que muitas vezes passa a noite acordado a deambular pela casa, dorme mal, tem dificuldade em alimentar o familiar porque ele chega a cuspir a comida e até a medicação... costumamos dizer que são o doente oculto, tal é o estado de sofrimento e exaustão a que podem chegar. Não é fácil!

Em Portugal, o idoso é muito visto como um 'fardo', optando-se por o inscrever numa ERPI. Na sua opinião, faz sentido ou o ideal seria manter a pessoa próxima da família, em casa?

Essa situação vai mudar, porque o envelhecimento demográfico vai levar obrigatoriamente a que a pessoa idosa também tenha de ser ativa até mais tarde, nem que seja a tempo parcial. Tem de se apostar mais no envelhecimento saudável, com a adoção desde cedo de estilos de vida saudáveis, por isso o lar vai acabar por ser o último recurso. O próprio conceito de lar vai evoluir rapidamente para melhor.

“AGORA É O MOMENTO PARA APROFUNDARMOS OS CONHECIMENTOS SOBRE AS ESPECIFICIDADES DAS SÍNDROMES GERIÁTRICAS, SE QUEREMOS SER MAIS EFETIVOS NA NOSSA ATIVIDADE CLÍNICA.”

Estudos em países europeus – não conheço em Portugal – mostram que ao fim de um ano de internamento, quase metade dos doentes já faleceu... Os lares são vistos inclusive por alguns médicos como 'a antecâmara da morte'.

Mas também compreendo que as famílias nem sempre têm disponibilidade e conhecimentos para acompanhar um idoso dependente em casa. E a ideia de que o idoso não é um fardo deve ser transmitida desde a primeira infância, assim como a importância de adoção de hábitos saudáveis. Neste caso, é necessário dar mais atenção ao sono: é fundamental dormir, descansar bem, para se acordar refrescado e se manter com energia durante o dia.

Que palavras gostaria de deixar aos profissionais de saúde sobre a Geriatria e a Gerontologia?

Hoje em dia, a esmagadora maioria dos colegas já trata adequadamente patologias frequentes, como a hipertensão arterial, as dislipidemias, a diabetes, o que tem levado a uma significativa redução das mortes por doenças cardiovasculares. Agora é o momento para aprofundarmos os conhecimentos sobre as especificidades das síndromes geriátricas, se queremos ser mais efetivos na nossa atividade clínica.



FERIDAS CRÓNICAS - PÉ DIABÉTICO

A

s “feridas crónicas” são reconhecidas em muitos artigos de investigação como um enorme problema de saúde pública e com encargos financeiros resultantes do atraso da cicatrização das feridas. De todas, aquelas que têm maior impacto para o doente, para os profissionais de saúde e para a despesa do SNS são as que resultam do pé diabético (vasculares/neuropáticas), as úlceras vasculares (arteriais e venosas), as úlceras de pressão, as *skin tears* e as feridas malignas. Para cada uma delas haverá regras de diagnóstico e tratamento diferentes, protocolos.

Os doentes com feridas sofrem sempre de aumento da dor e são vulneráveis a infeções recorrentes, uma vez que vivem com um problema de saúde que não é bem compreendido por muitos prestadores de cuidados de saúde. Presume-se normalmente que não haverá solução para estas feridas. Pode-se até dizer que este resultado é facilmente aceite pelo doente e pelos profissionais de saúde, pelo que ainda se encontram doentes com feridas com mais de 5 anos ou até mais.

Nos últimos anos, tem

vindo a ser cada vez mais evidente que o biofilme é uma patologia-chave das feridas que não cicatrizam, semelhante a placa bacteriana em doenças dentárias. Nos distúrbios de biofilme, a dor e a infeção aumentam a necessidade de analgésicos, opioides e antibióticos, fazendo com que seja altamente desejável tratar a patologia antes da progressão da doença. Por isso, a gestão do biofilme

é vital para atingir melhores resultados e reduzir o peso da doença.

A evidência científica disponível sugere como boa prática que o diagnóstico, o controlo e a gestão do biofilme e das metaloproteases são a peça do *puzzle* que faltava para diminuir o tempo de cura das feridas crónicas.

Uma ferida de difícil cicatrização corresponde aquela que não conseguiu responder ao padrão



Prof. Doutor Mário Pinto

Membro da Direção da SPGG

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

Mas haverá tratamento local das feridas após a higienização da ferida, do controlo do exsudado e do biofilme, do controlo e gestão das metaloproteases? Sim. É possível encontrar o tratamento local baseado na evidência científica que contribua para diminuir o tempo de tratamento, diminuir o tempo de doença, com o melhor custo benefício final, com base no valor da saúde.

Todas as feridas têm a sua linguagem. Entender as feridas é antes de tudo compreender a sua linguagem, a forma como elas comunicam com os profissionais de saúde, com o doente, com a família e comunidade. Nem sempre entendemos bem o que a ferida nos diz, mas nós profissionais, devemos fazer um esforço para aprender este novo e surpreendente idioma. Para isso precisamos de estudar e entender o que as feridas nos dizem. A principal mensagem é assim conhecer a fragilidade da pessoa com feridas.

CUIDADOS DE INCONTINÊNCIA - COMO DEVE DE SER O ABSORVENTE DE INCONTINÊNCIA IDEAL



Dr. Nuno Filipe Machado

Diretor de Marketing
dos Laboratórios Indas, SAU

A

o longo dos anos tenho sido questionado várias vezes como será o Absorbente de Incontinência ideal. E mesmo sabendo que cada caso de incontinência é único e deve ser tratado como tal, recorrendo ao uso de uma solução específica para cada paciente, a verdade é que existem alguns critérios que devem ser transversais a qualquer absorbente independentemente do seu tipo, formato, grau de absorção ou tamanho.

O primeiro critério a ter em conta será o da **EFICÁCIA**: um bom absorbente deve conseguir absorver e reter a urina no seu interior, evitando dessa forma o retorno de humidade e as fugas, mantendo a pele do paciente longe da humidade e a roupa sempre seca. Assim, avaliação de absorção total, absorção até fuga, capacidade de retenção e retorno de humidade são elementos de vital importância.

O segundo critério de importância é a **COMODIDADE**: nada como poder utilizar um absorbente com o qual o paciente se sinta cómodo. Fatores como o tipo de absorbente e a sua forma anatómica são importantes, os materiais utilizados, a utilização de elásticos de ajuste entre pernas, as barreiras que evitam fugas, as cinturas ajustáveis com sistema de fecho reutilizável (no caso do absorbente tipo fralda) ou com malha elástica (nos absorventes anatómicos) ou com cintura totalmente elástica e sem colas (no caso dos absorventes tipo Pant). Mas sempre ajustado ao tamanho e grau de incontinência do paciente.

O terceiro critério relevante é que se-

jam **DISCRETOS**: existem cada vez mais pacientes de incontinência que mantêm a sua capacidade de caminhar e fazer uma vida normal. E que têm direito a seguir com a sua vida sem que ninguém note que utilizam um absorbente.

É importante a espessura e a dimensão do absorbente, se os materiais emitem ruídos com os movimentos, o controlo de odores, o ajuste, a altura de cintura para se conseguir desta forma absorventes mais semelhantes a roupa interior, para ajudar à normalização do seu uso e diminuir o estigma e tabu sobre o tema incontinência e absorventes.

E como quarto critério nomeio o fator **TOLERÂNCIA**: Os absorventes de hoje devem de ser tolerados. Não podem provocar irritações nem eritemas na pele do paciente. Mais importante se torna que os absorventes ajudem a cuidar da pele do paciente. Tem vital importância o recurso a materiais transpiráveis (que eliminem a humidade e reduzam o efeito oclusivo); materiais suaves (que reduzam o efeito de fricção) e que contenham dermo-proteção que ajude a melhorar a hidratação e função barreira da pele e mantenha o conteúdo de ácidos gordos essenciais e estabilize o pH da pele. Devem ser testados dermatológica e hipoalergenicamente e ser reconhecidos como “amigos da pele” por laboratórios externos.

Estou convicto que qualquer absorbente que cumpra estes quatro critérios está muito perto de ser o absorbente ideal, só faltando escolher bem o absorbente indicado para cada caso, para que a experiência de uso seja a melhor possível para o paciente.

Falta simplesmente acrescentar que o absorbente ideal tem que ter um preço justo e que deve estar totalmente disponível para que qualquer paciente com diagnóstico de incontinência possa ter acesso a uma solução paliativa que melhore a sua qualidade de vida.

DOENTE COM GONARTROSE. COMO ABORDAR?



Dr. Carlos Evangelista

Ortopedista Geriátrico,
Hospital Ortopédico Sant'Ana

A osteoartrose, e a gonartrose em particular, são tão velhas como a própria humanidade. Mas perante esta situação será possível dar qualidade de vida? Estamos a falar de um conjunto de situações que contribuem para o bem físico e espiritual de um indivíduo na sociedade. Mas perante todos os avanços da Medicina continuamos a envelhecer. O envelhecimento não deixa de ser um fenómeno complexo que inclui alterações moleculares, celulares, fisiológicas e psicológicas.

A osteoartrose, sendo uma patologia comum, afeta quase 39 milhões de indivíduos na U.E. É mais frequente acima dos 50 anos, particularmente no sexo feminino, e condiciona quase 13 milhões de indivíduos ao nível do joelho. Aumenta com a idade e 1/3 dos indivíduos com mais de 65 anos sofre de gonartrose.

Até hoje o grande objetivo do tratamento desta patologia tem sido reduzir a dor e a inflamação. Mas novos horizontes se abrem para uma medicina moderna e diferenciada. Uma medicina preventiva, onde a procura da qualidade de vida tem que prevalecer em detrimento dos objetivos atuais que têm sido a atuação depois da doença.

Sendo assim, temos hoje armas para prevenir o envelhecimento articular? É verdade que sim e já não são poucas.

Em primeiro lugar temos que atuar sobre a educação de cada indivíduo no sentido de os alertar para as situações com tendência para agravar a osteoartrose, como sejam excesso de peso, desalinhamento do aparelho articular, desequilíbrios musculares, desportos de alto impacto ou alterações metabólicas que possam agredir a articulação, entre outras.

Em segundo lugar, temos já utilizado os SYSADOAS, com alguns bons resultados, sendo sem qualquer dúvida a associação glucosamina / condroitina utilizada, hoje em dia, com muita frequência. Estes possuem uma capacidade

anti-inflamatória aceitável, apresentando uma ação inibitória sobre as enzimas destruidoras da cartilagem e impedem a formação de radicais livres.

Não posso deixar de lembrar que oralmente a utilização de colagénio tipo 2 se revela de excelência na proteção articular. Mas é fundamental ser não hidrolisado e preparado a baixa temperatura, para se obter um tratamento eficaz (muita atenção à origem).

Em terceiro lugar, podemos utilizar produtos de aplicação articular sob a forma injetável e que de uma forma ou outra minimizam a inflamação, melhorando a confluência articular. Relembro os ácidos hialurónicos, o colagénio articular e também os PRP (plasma rico em plaquetas).

Em quarto lugar, a artroscopia com toilette articular coadjuvada de aplicação de PRP pode nos estádios primários da artrose ser determinante no atraso da evolução da artrose.

Não posso terminar sem lembrar que a prevenção da artrose deverá iniciar-se o mais prematuramente possível, descobrindo os fatores de risco, evitando e retardando a progressão da degeneração. Como é fácil perceber, hoje fazemos o "tratamento /prevenção" da artrose quando os joelhos já estão todos deformados e os pacientes têm dificuldades em andar e não querem ser operados. A liberdade de cada um começa na sua capacidade de mobilidade.

AS NOVIDADES NO TRATAMENTO DA DM SÃO TAMBÉM PARA O DOENTE MUITO IDOSO?



Dr. David Veríssimo

Endocrinologista, Hospital das Forças Armadas



Prof. João Jácome de Castro

Endocrinologista, Hospital das Forças Armadas

cardiovascular em doentes idosos tem vindo a ser demonstrado em estudos recentes. No entanto, os efeitos secundários, como o risco de desidratação, o aumento de infeções urinárias ou a diminuição do apetite nestes doentes mais fragilizados podem ultrapassar o benefício e devem ser considerados no processo de individualizar a decisão terapêutica.

Outra novidade nas recomendações de 2022 é o aumento da utilização das tecnologias na monitorização da Diabetes. Por um lado, a facilidade do acesso a estes dispositivos pelo doente ou pelo cuidador permite uma melhor prevenção e intervenção na hipoglicemia, cujo risco é especialmente aumentado nesta população. Por outro lado, os dados obtidos, nomeadamente o “tempo no alvo”, “hemoglobina A1c estimada”, e a “variabilidade glicémica” permitem ao clínico uma melhor avaliação das necessidades de tratamento. Estes dados são particularmente importantes em relação à redução terapêutica e simplificação da insulino-terapia em doentes muito idosos. A recomendação na utilização destas tecnologias não se limita aos cuidados em ambulatório, sendo também, reforçada no contexto de internamento, uma alteração que adveio no seguimento da pandemia covid-19.

A necessidade de uma vigilância mais apertada, com menor exposição do profissional de saúde, levou a uma implementação empírica destes dispositivos. Os doentes muito idosos representam uma franja significativa dos doentes internados, com necessidade de uma maior vigilância, pelo que a utilização destas tecnologias neste contexto pode ser especialmente interessante.

No geral, o foco das novas recomendações para a gestão da Diabetes mellitus em 2022 é a individualização dos cuidados, tendo por cerne a pessoa e não apenas a sua doença. Nada faz mais sentido quando se aborda um doente muito idoso.

A

prevalência da Diabetes mellitus em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos. Dados do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – edição de 2019 indicam uma prevalência de 11,7% na população adulta. Esta prevalência aumenta com a idade e mais de um quarto das pessoas com Diabetes mellitus tem entre 60-79 anos.

A gestão da Diabetes em doentes idosos envolve um equilíbrio entre o benefício do controlo metabólico e os perigos inerentes a uma intensificação excessiva no tratamento, incluindo a polimedicação e o risco de hipoglicemia.

O doente muito idoso apresenta com frequência complicações avançadas

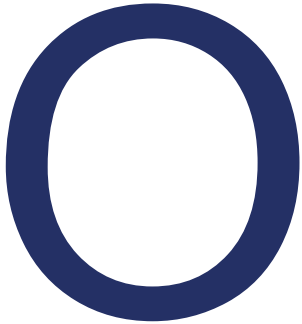
da diabetes, múltiplas patologias, disfunção cognitivo-funcional e uma reduzida esperança de vida. É um doente que terá menor benefício na redução do risco de complicações crónicas. O cuidado neste doente deve ser direcionado à prevenção e correção das complicações agudas da diabetes, incluindo a desidratação, o estado hiperosmolar e a baixa capacidade de cicatrização.

Assim, apesar das recomendações internacionais em 2022 objetivarem várias novidades, nem todas se adequam ao doente muito idoso.

Uma das principais alterações nas recomendações foi a substituição da metformina por fármacos modificadores de prognóstico cardiovascular como primeira linha de tratamento. Esta mudança permite uma maior flexibilidade na prevenção e tratamento do risco cardiovascular e doença renal crónica. Os novos fármacos sugeridos como primeira linha, como os inibidores da SGLT-2 ou os agonistas GLP-1 são fármacos seguros, com baixo risco de hipoglicemia.

São também opções cujo benefício

FIBRILHAÇÃO AURICULAR E DEMÊNCIA VASCULAR



O cérebro controla diferentes funções como a atenção, memória, linguagem, capacidade e velocidade de integração de informação visual e falada e de decisão. O conjunto dessas funções designa-se função cognitiva. Considera-se que a idade e ou a presença de doenças que afetam o cérebro contribuem para a perda parcial ou total de uma ou várias dessas funções, condicionando um quadro de disfunção cognitiva (DC). Quando existe suficiente compromisso cognitivo que comprometa a relação social e ou ocupacional estamos perante um quadro de demência. A maioria dos casos de demência observa-se em indivíduos com mais idade, estimando-se 55 milhões de casos a nível mundial e 10 milhões de novos casos anualmente.

A demência tem um peso importante a nível pessoal, social e económico e é um importante desafio para os sistemas de saúde e para a sociedade. As formas de demência mais comuns são a doença de Alzheimer (50 a 70% dos casos) e a demência vascular (25 a 35%).

Fibrilhação Auricular

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia mais frequente em adultos (cerca de 34 mi-

lhões a nível mundial) e com previsão de aumentar significativamente nas próximas décadas. A sua prevalência aumenta com a idade e com a presença de diferentes doenças que afetam as estruturas cardiovasculares. A presença de FA aumenta em 5 vezes o risco de AVC isquémico.

Relação FA e Demência

O risco de perda cognitiva e de demência também está relacionado com o avanço da idade. A FA e a demência partilham fatores de risco como a idade, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crónica, dislipidemia, obesidade, álcool e estão associadas com aumento relevante da morbidade e da mortalidade.

Tem sido crescente a evidência científica que associa a FA à DC e à demência. Pacientes com FA, com ou sem AVC prévio, têm maior risco de desenvolver qualquer tipo de demência (cerca de 2 vezes mais), independentemente da presença dos fatores de risco. Estudos recentes têm salientado o aumento do risco de Alzheimer e de demência vascular (cerca de 3,4 vezes mais) em pacientes com FA, mais jovens do que o esperado, com idades < a 75 anos.

Técnicas de imagem que permitem estudar o cérebro têm contribuído para o conhecimento da relação entre as alterações cerebrais e a FA e neste contexto as alterações mais frequentes encontradas são os “infartos silenciosos” e as “micro hemorragias”.



Dr. José A. Coucello

Cardiologista, MD PhD

Mecanismos Fisiopatológicos

Têm sido estudados diferentes mecanismos fisiopatológicos para explicar a relação entre a FA, a DC e a demência:

- A *isquemia cerebral silenciosa*, que é duas vezes maior em doentes com FA.
- A *hipoperfusão cerebral*, resultado das alterações hemodinâmicas que se observam na FA, traduzidas por uma maior variabilidade sistole a sistole do débito cardíaco, da pressão arterial e da frequência cardíaca.
- A *inflamação*, acompanhada de aumento da coagulabilidade e risco de formação de trombos, e maior risco de AVC.
- A *redução da massa cerebral* (massa cinzenta e hipocampo) provocada pela hipoperfusão, micro enfartes, micro hemorragias e inflamação.

- Os *fatores genéticos* que podem predispor à demência.

Todos estes aspetos têm sido intensamente investigados com o objetivo de encontrar formas de prevenir e tratar a pandemia da demência.

Futuro

É importante aumentar a capacidade de diagnóstico precoce e efetiva da FA para iniciar abordagens terapêuticas eficazes como restabelecer o ritmo sinusal, controlar a frequência cardíaca ou anticoagular. O investimento na prevenção e tratamento dos fatores de risco é crucial em particular da hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, dislipidemia e obesidade.

Dia 23 de Novembro, 4ª feira

- 08h30** Abertura do secretariado. Entrega de documentação
- 09h00** Sessão: **ENVELHECIMENTO EM CASA E NA COMUNIDADE: DESAFIOS**
Aging in Place
Prof. Doutor António Fonseca (Universidade Católica Portuguesa, Porto)
Aldeias Humanitar
Enfª Helena Norinha (ACES Douro Sul)
Dr. Domingos Nascimento (Aldeias Humanitar, Moneris Douro e Beiras)
- 09h45** Conferência: **CENTENÁRIOS PORTUGUESES E OS DESAFIOS DA LONGEVIDADE**
Orador: Prof. Doutor Óscar Ribeiro (Universidade de Aveiro)
- 10h15** Conferência: **LONGEVIDADE, VELHICE E POLÍTICAS PÚBLICAS**
Orador: Dr. Rui Leão Martinho (Vice-Presidente da SPGG, Lisboa)
- 10h45** Intervalo
- 11h15** Sessão: **ENSINO E INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DA GERONTOLOGIA**
Intervenientes: Dr. Nuno Marques (Observatório Nacional do Envelhecimento, Lisboa)
Profª Doutora Constança Paúl (Inst. de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Univ. do Porto)
Profª Doutora Maria João Guardado Moreira (Inst. Politécnico de C. Branco, Age.Comm)
- 12h15** **SESSÃO OFICIAL DE ABERTURA DO CONGRESSO**
- 13h00** Fim das sessões da manhã
- 14h15** Sessão: **O REFERENCIAL DA GOVERNAÇÃO INTEGRADA PARA O ENVELHECIMENTO**
A Experiência dos Projetos em Lisboa e Internacionais
Projeto Radar
Dr. Mário Rui André (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa)
- 15h15** Sessão: **SOLIDÃO: TEORIA E PRÁTICA**
Visões Psicológicas da Solidão
Prof. Doutor José Ferreira Alves (Vogal da SPGG, Braga)
Discussão de um caso clínico
Dr. Luiz Cortez Pinto (Vogal da SPGG, Lisboa)
Prof. Doutor José Ferreira Alves (Vogal da SPGG, Braga)
- 16h00** Conferência: **ISOLAMENTO E SOLIDÃO: CORAÇÃO AMARELO**
Oradora: Dra. Rosa Araújo (Coração Amarelo)
- 16h30** Intervalo
- 17h00** Conferência: **TRAJETÓRIAS OCUPACIONAIS E ESTILOS DE VIDA NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO**
Oradora: Profª Doutora Filomena Carnide (Fac. de Motricidade Humana, Lisboa)
- 17h30** Sessão: **CUIDAR DOS CUIDADORES**
Projeto “*Cuidar de Quem Cuida*”
Profª Doutora Rita Tavares de Sousa (Centro de Investigação e Tecnologias em Serviços de Saúde, CINTESIS, Porto)
Gabinetes de Apoio na Demência e Cafés Memória
Dra. Catarina Alvarez (Associação Alzheimer Portugal)
- 18h10** Sessão: **ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA FUNCIONAL**
Epidemiologia e Perfis Funcionais
Prof. Doutor César Fonseca (Universidade de Évora)
Os 3 R (reabilitar, readaptar, reinserir) e o percurso de cuidados para pessoas com dependência
Profª Doutora Margarida Goes (Escola Sup. de Enfermagem S. João de Deus, Univ. de Évora)
- 19h00** Fim das sessões do 1º dia

Dia 24 de Novembro, 5ª feira

09h00 Sessão de **COMUNICAÇÕES LIVRES**

10h00 **DÉFICIÊNCIAS SENSORIAIS E DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO**

Audição

Dr. Filipe Freire (Hospital Dr. Fernando Fonseca, Amadora)

Visão

Dra. Maria João Veludo (Membro do Cons. Científico Multidisciplinar da SPGG, Lisboa)

10h45 Intervalo

11h15 **CONFERÊNCIA: VITAMINA D (Apoio Tecnimede)**

11h45 Sessão: **PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E DA QUALIDADE DE VIDA DO ENVELHECIMENTO**

Enquadramento: Prof. Doutor Manuel Lopes (Vice-Presidente da SPGG, Évora)

Depressão na pessoa mais Velha: Importância de uma deteção precoce

Profª Doutora Lara Pinho (Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Univ. de Évora)

12h30 Conferência: **COVID LONGO**

Prof. Doutor Filipe Froes (Hospital Pulido Valente, CHULN, Lisboa)

13h00 Fim das sessões da manhã

14h15 Sessão: **PSICogerontologia**

Cuidados integrados às pessoas mais velhas

Dr. António Leuschner (Presidente da SPGG, Porto)

Intervenções não farmacológicas

Dr. Luiz Cortez Pinto (Vogal da SPGG, Lisboa)

15h15 Sessão: **PROGRESSO DO ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL**

Dra. Rosário Zincke dos Reis (Alzheimer Portugal, Lisboa)

15h45 **CONFERÊNCIA: RECOMENDAÇÕES PARA A VACINAÇÃO DAS PESSOAS MAIS VELHAS**

16h15 Intervalo

16h45 Sessão: **EVIDÊNCIA EM GERIATRIA BASEADA EM CASOS CLÍNICOS**

Diabetes nas pessoas mais velhas

Dr. Francisco Carrilho (Coimbra)

Úlceras de decúbito, perna e pé diabético

Prof. Doutor Mário Pinto (Vogal da SPGG, Porto)

17h30 Conferência: **APROXIMAÇÃO FUTURA E ATUAL À GEROCIÊNCIAS**

Prof. Doutor José R. Jauregui (Presidente da IAGG)

18h00 Sessão: **Apresentação e Discussão de POSTERS**

19h00 Fim das sessões do 2º dia

Dia 25 de Novembro, 6ª feira

09h00 Sessão de **COMUNICAÇÕES LIVRES**

10h00 Sessão: **PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ÀS PESSOAS IDOSAS**

Prof. Doutor Mário Pinto (Vogal da SPGG, Porto)

Dr. Álvaro Ferreira da Silva (Vogal da SPGG, Porto)

Domiciliária

Dr. Pedro Correia Azevedo (Diretor Clínico dos Serviços Domiciliários CUF)

Hospitalar

Prof. Doutor Manuel Caldas de Almeida (Diretor Clínico Hosp. do Mar)

Cuidados nos ERPIS

Dr. Álvaro Ferreira da Silva (Vogal da SPGG, Porto)

Alimentação plant-based diet (Apoio Holmes Place)

Dra. Thordis Berger (Chief Medical Officer, Holmes Place)

11h15 Intervalo

11h45 Sessão: **SÍNDROME DE FRAGILIDADE:
ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA**

Diagnóstico

Prof. Doutor Mário Pinto (Vogal da SPGG, Porto)

Terapêutica

Dr. Manuel Viana (Vogal da SPGG, Porto)

12h15 Conferência: **DEPRESSÃO NO IDOSO FRÁGIL (Apoio Lundbeck)**

Dr. Manuel Viana (Vogal da SPGG, Porto)

12h45 Conferência: **DOENÇA VALVULAR NA PESSOA MAIS VELHA:
SIMPLIFICAR DECISÕES COMPLEXAS**

Moderador: Dr. Rui Soares (Tesoureiro da SPGG, Évora)

Orador: Prof. Doutor Manuel Carrageta (Presidente da SPGG, Lisboa)

13h15 Fim das sessões da manhã

14h30 Conferência: **O DOENTE COM GONARTROSE: COMO ABORDAR?**

Moderador: Dr. André Rodrigues (Orpea, Portugal)

Orador: Dr. Carlos Evangelista (Hospital de Sant'ana, Parede)

15h00 Conferência: **AS NOVIDADES NO TRATAMENTO DA DIABETES SÃO TAMBÉM PARA O DOENTE
MUITO IDOSO?**

Moderador: Dr. João Jácome de Castro (Hospital das Forças Armadas, Lisboa)

Orador: Dr. David Veríssimo (Hospital das Forças Armadas, Lisboa)

15h30 Conferência: **ATUALIZAÇÃO NO TRATAMENTO DA DOR**

Orador: Dr. Paulo Pina (Casa de Saúde da Idanha)

16h00 Intervalo

16h30 Conferência: **O FUTURO DO CUIDADO DO PACIENTE COM INCONTINÊNCIA JÁ COMEÇOU (Apoio Indas)**

Moderador: Dr. Pedro de Moura Reis (Secretário-Geral da SPGG, Lisboa)

Orador: Dr. Nuno Machado (Indas)

17h30 Conferência: **FIBRILHAÇÃO AURICULAR E DEMÊNCIA VASCULAR**

Moderador: Prof. Doutor Ovídio Costa (Vice-Presidente da SPGG, Porto)

Orador: Prof. Doutor José Coucello (Vogal da SPGG, Faro)

18h00 Conferência de Encerramento:

PRESCREVER NO CONTEXTO DA MULTIPATOLOGIA

Moderador: Prof. Doutor Manuel Carrageta (Presidente da SPGG, Lisboa)

Orador: Prof. Doutor Frederico Teixeira (Vice-Presidente da SPGG, Lisboa)

18h30 Entrega dos Prémios Dr. José Reis Júnior para melhor Poster e melhor Comunicação Livre.

18h45 Encerramento do 42º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia