

1 2 9 0



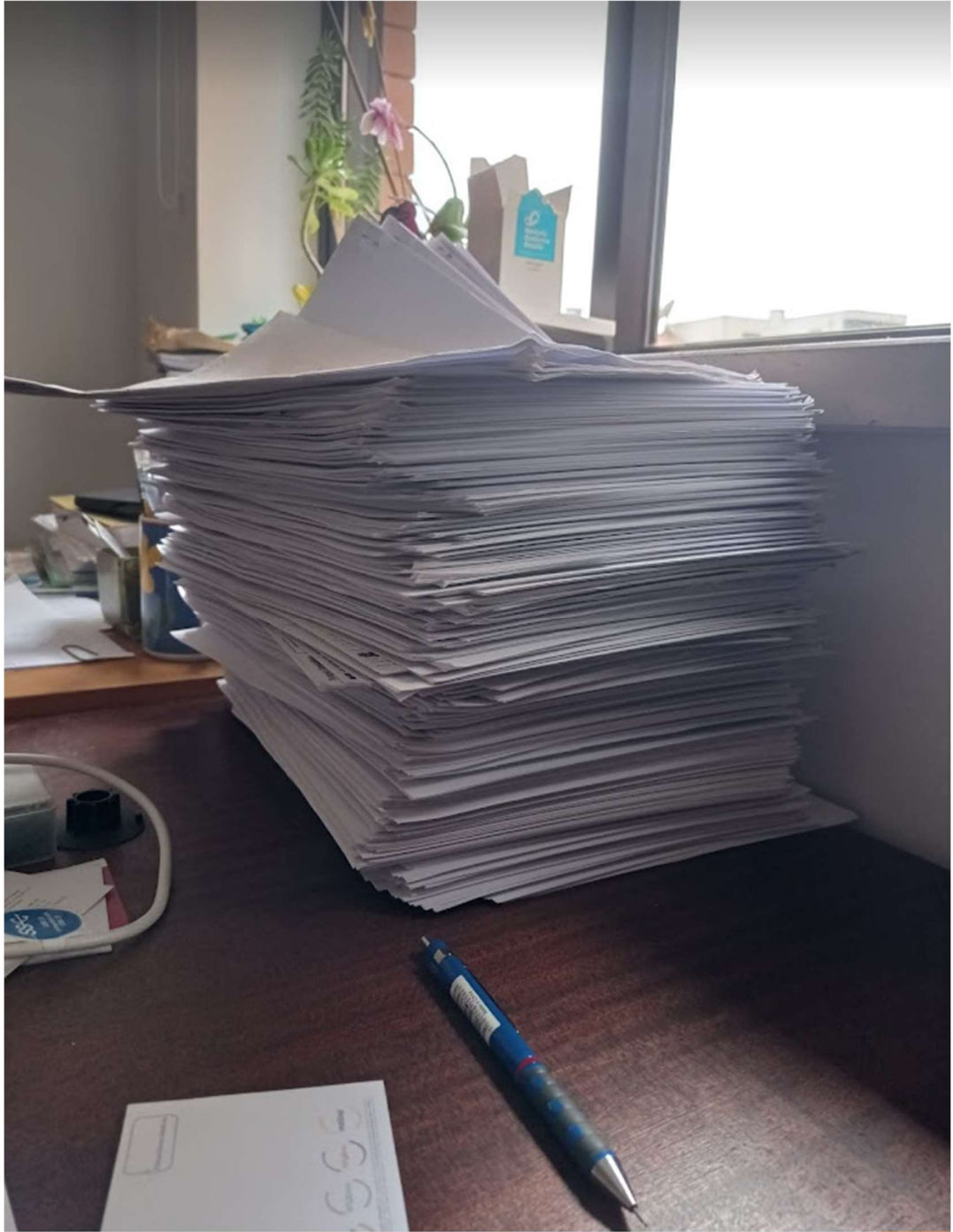
UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

António Luís Vidinha Pereira

**AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL NO  
FICHEIRO DE UM MÉDICO DE FAMÍLIA**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Geriatria da FMUC  
orientada pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e  
co-orientada pelo Dr. José Gomes Ermida**

Dezembro de 2021



O autor não segue o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Senhor Professor Manuel Teixeira Veríssimo,  
cuja generosidade e paciência permitiram resgatar este trabalho.

Aos meus Avós,  
que me ensinaram quando eu não sabia que estava a aprender.

## CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAS – Ácido Acetilsalicílico  
ADO – Antidiabético Oral  
AGG – Avaliação Geriátrica Global  
AINE – Anti-inflamatório Não Esteróide  
AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária  
ARA – Antagonista dos Receptores da Angiotensina  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
AVD – Actividades de Vida Diária  
AVDB – Actividades de Vida Diária Básicas  
BZD - Benzodiazepina  
DCL – Défice Cognitivo Ligeiro  
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica  
EDP – Electricidade de Portugal  
EUA – Estados Unidos da América  
FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra  
FRAX – *Fracture Risk Assessment Tool*  
FRCV – Factores de Risco Cardiovascular  
HBP – Hiperplasia Benigna da Próstata  
HTA – Hipertensão Arterial  
GEM – *Geriatric Evaluation Management Unit*  
GERMI – Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna  
GEU – *Geriatric Evaluation Unit*  
HDL – *High Density Lipoprotein*  
IBP – Inibidor da Bomba de Protões  
ICPC-2 – *International Classification of Primary Care*  
IECA – Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina  
IMC – Índice de Massa Corporal  
INR – *International Normalized Ratio*  
ISRS – Inibidor Selectivo da Recaptação da Serotonina  
ISRSN – Inibidor Selectivo da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina  
LDL – Low Density Lipoprotein  
MF – Médico de Família  
MGF – Medicina Geral e Familiar  
MMSE – *Mini Mental State Examination*  
MNA-SF – *Mini Nutritional Assessment – Short Form*  
NOAC – *Novel Oral Anticoagulant*  
ORL - Otorrinolaringologia  
SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono  
SCM – Santa Casa da Misericórdia  
SNC – Sistema Nervoso Central  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SVAMC – *Sepulveda Veteran American Medical Center*  
WC – *Water Closet*

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	4
<b>1 - PREÂMBULO (OU, COMO A GERIATRIA FOI ABALROADA PELA PEDIATRIA E SALVA PELA PANDEMIA)</b> .....	11
<b>2 - INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>3 - DA RELAÇÃO ENTRE A MGF E A GERIATRIA</b> .....	14
<b>4 - DAS ORIGENS DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL (AGG)</b> .....	17
<b>5 - DA PERTINÊNCIA DA REALIZAÇÃO DA AGG POR MÉDICOS DE FAMÍLIA</b> .....	20
<b>6 - DO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	22
<b>7 - DO ENQUADRAMENTO POPULACIONAL DO ESTUDO</b> .....	24
<b>8 - DAS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO-ALVO</b> .....	28
<b>9 - DOS RESULTADOS DO ESTUDO</b> .....	29
9.1 – Do número total de doentes estudados .....	29
9.2 – Do local de realização das consultas .....	30
9.3 – Da distribuição geral dos idosos estudados .....	32
9.5 – Do grau de escolaridade.....	34
9.6 – Da profissão.....	34
9.7 – Da situação perante a reforma.....	36
9.8 – «Ainda se mantém activo?» .....	36
9.10 - Da conjuntura habitacional e familiar.....	37
9.11 - Do estudo das morbilidades .....	43
<b>9.11.1 - Índice de massa corporal (IMC)</b> .....	44
<b>9.11.2 - Das patologias crónicas associadas</b> .....	45
9.12 – Da percepção que o idoso tem do funcionamento dos órgãos dos sentidos e da mastigação .....	59
<b>9.12.1 – Do funcionamento da visão</b> .....	59
<b>9.12.2 – Do funcionamento da audição</b> .....	61
<b>9.12.3 – Do funcionamento da mastigação</b> .....	63
9.13 - Dos Hábitos Medicamentosos dos idosos estudados.....	65
<b>9.13.1 - Do número de fármacos</b> .....	65
<b>9.13.2 - Do número de prescrições crónicas e do tipo de fármacos</b> .....	67
9.14 – Da aplicação das Escalas de Avaliação .....	76
<b>9.14.1 - Estado Funcional – Actividades de Vida Diária Básicas (AVDB)</b> .....	77
<b>9.14.2 - Estado Funcional – Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)</b> .....	84

9.14.3 - Marcha .....	92
9.14.4 - Estado afectivo .....	97
9.14.5 - Estado Cognitivo .....	104
9.14.6 - Estado Nutricional .....	111
<b>I0 - EM RESUMO .....</b>	<b>117</b>
<b>I1 - COORDENADAS PARA O FUTURO DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL PELOS MÉDICOS DE FAMÍLIA .....</b>	<b>119</b>
<b>I2 - CONCLUSÃO .....</b>	<b>127</b>
<b>I3 - BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>129</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro I</b> – Classificação de Sundbard	25
<b>Quadro II</b> – Classificação de Sundbard da lista de utentes	26
<b>Quadro III</b> – Grupos funcionais	26
<b>Quadro IV</b> – Indicadores demográficos da lista de utentes	26
<b>Quadro V</b> – Distribuição dos doentes da população alvo por sexo e escalão etário	28
<b>Quadro VI</b> – Comparação da população-alvo com a população estudada	32
<b>Quadro VII</b> – Profissões dos idosos estudados	35
<b>Quadro VIII</b> – Distribuição dos idosos de acordo com a sua conjuntura habitacional e familiar	39
<b>Quadro IX</b> – Distribuição conjuntural do apoio externo complementar	42
<b>Quadro X</b> – Distribuição dos idosos acamados por sexo, idades e tipo de apoio externo	43
<b>Quadro XI</b> – Distribuição dos idosos por categorias de IMC	44
<b>Quadro XII</b> – Grupos de patologias por sexo	45
<b>Quadro XIII</b> – Patologias do Sistema Circulatório	47
<b>Quadro XIV</b> - Patologias do sistema endócrino, metabólico e nutricional	48
<b>Quadro XV</b> – Patologias do sistema músculo-esquelético	49
<b>Quadro XVI</b> – Patologias oftalmológicas	50
<b>Quadro XVII</b> – Patologias do foro psicológico	51
<b>Quadro XVIII</b> – Patologias do sistema digestivo	52
<b>Quadro XIX</b> – Patologias do sistema respiratório	53
<b>Quadro XX</b> – Patologias do foro neurológico	54
<b>Quadro XXI</b> – Patologias do sistema urinário	55
<b>Quadro XXII</b> – Patologias do aparelho genital feminino	54
<b>Quadro XXIII</b> – Patologias do ouvido	55
<b>Quadro XXIV</b> – Patologias do aparelho genital masculino	55
<b>Quadro XXV</b> – Patologias da pele	57
<b>Quadro XXVI</b> – Patologia neoplásica	57
<b>Quadro XXVII</b> – As dez patologias mais frequentes nos idosos estudados	58
<b>Quadro XXVIII</b> – Prescrições relativas ao sistema cardiovascular por fármaco, sexo e média de idades	69
<b>Quadro XXIX</b> – Prescrições relativas ao sistema nervoso central por fármaco, sexo e média de idades	70
<b>Quadro XXX</b> – Prescrições relativas ao sistema locomotor por fármaco, sexo e média de idades	71
<b>Quadro XXXI</b> – Prescrições relativas às patologias do sangue por fármaco, sexo e média de idades	72
<b>Quadro XXXII</b> – Prescrições relativas ao sistema endócrino por fármaco, sexo e média de idades	73
<b>Quadro XXXIII</b> – Prescrições relativas ao sistema digestivo por fármaco, sexo e média de idades	73



<b>Quadro XXXIV</b> – Prescrições relativas ao sistema génito-urinário por fármaco, sexo e média de idades	74
<b>Quadro XXXV</b> – Prescrições das patologias oftalmológicas por fármaco, sexo e média de idades	74
<b>Quadro XXXVI</b> – Prescrições relativas ao sistema respiratório por fármaco, sexo e média de idades	75
<b>Quadro XXXVII</b> – Pontuação e Estados funcionais de Katz	78
<b>Quadro XXXVIII</b> – Distribuição por estados funcionais, sexo, média de idades e nº de acamados	80
<b>Quadro XXXIX</b> – Distribuição dos idosos por estados funcionais e conjuntura habitacional e familiar	81
<b>Quadro XL</b> – Distribuição dos idosos por estados funcionais e IMC	81
<b>Quadro XLI</b> – Pontuação e Estados funcionais de Lawton & Brody	85
<b>Quadro XLII</b> – Distribuição por estado funcional, sexo, média de idades e nº de acamados	87
<b>Quadro XLIII</b> – Distribuição por estado funcional e conjuntura habitacional/familiar	87
<b>Quadro XLIV</b> – Distribuição por estado funcional de Lawton & Brody e IMC	88
<b>Quadro XLV</b> – Distribuição das ajudas por categoria de Holden	93
<b>Quadro XLVI</b> – Distribuição por categoria de marcha, nº idosos, sexo e média de idades	94
<b>Quadro XLVII</b> – Distribuição por categoria de Holden e conjuntura habitacional e familiar	95
<b>Quadro XLVIII</b> – Distribuição por categorias de Holden e IMC	95
<b>Quadro XLIX</b> – Pontuação e categorias de Yesavage	98
<b>Quadro L</b> – Distribuição por categorias de Yesavage, nº idosos, sexo, média de idades e nº acamados	99
<b>Quadro LI</b> – Distribuição por categorias de Yesavage e conjuntura habitacional e familiar	100
<b>Quadro LII</b> – Distribuição por categorias de Yesavage e estado civil	101
<b>Quadro LIII</b> – Distribuição por categorias de Yesavage e grau de actividade	102
<b>Quadro LIV</b> – Casos de depressão em processo clínico Vs sugeridos pela Escala de Yesavage	102
<b>Quadro LV</b> – Idosos medicados com psicofármacos	102
<b>Quadro LVI</b> – Pontuação do <i>Mini-Mental State</i> de Folstein	105
<b>Quadro LVII</b> – Distribuição dos idosos por categorias, nº total, sexo, média de idades, nº acamados	106
<b>Quadro LVIII</b> – Distribuição dos idosos por categorias e conjuntura habitacional e familiar	107
<b>Quadro LIX</b> – Distribuição dos idosos por categorias e estado civil	107
<b>Quadro LX</b> – Distribuição dos idosos por categorias e grau de actividade	108
<b>Quadro LXI</b> – Casos no processo clínico e os identificados pela aplicação do MMSE de Folstein	109
<b>Quadro LXII</b> – Prescrição de medicamentos utilizados no trat. sintomático funções cognitivas	109
<b>Quadro LXIII</b> – Idosos por categorias de nutrição, nº total, sexo, média de idades e nº acamados	113
<b>Quadro LXIV</b> – Idosos $\leq 11$ pontos MNA, cat nutricionais, nº total, sexo, média idades, nº acamados	114
<b>Quadro LXV</b> – Distribuição por categorias nutricionais e conjuntura habitacional e familiar	114
<b>Quadro LXVI</b> – Distribuição dos idosos por categorias nutricionais e estado civil	115
<b>Quadro LXVII</b> – Distribuição dos idosos por categorias nutricionais e IMC	115

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Pirâmide etária do ficheiro	25
<b>Figura 2</b> – População alvo por sexo e escalão etário	28
<b>Figura 3</b> – Local de realização das consultas	30
<b>Figura 4</b> – Distribuição dos idosos estudados de acordo com o sexo e grupo etário	32
<b>Figura 5</b> – Distribuição dos idosos de acordo com o estado civil	33
<b>Figura 6</b> – Distribuição dos idosos de acordo com o grau de escolaridade	34
<b>Figura 7</b> - «Ainda se mantém activo?»	37
<b>Figura 8</b> – Necessidade de apoio externo complementar	41
<b>Figura 9</b> – Idosos que referem dificuldade de visão e destes, quais os que usam óculos	60
<b>Figura 10</b> – Idosos que referem dificuldades na audição e destes, os que usam aparelho auditivo	62
<b>Figura 11</b> – Idosos que referem dificuldade na mastigação e destes, os que usam prótese dentária	63
<b>Figura 12</b> – Distribuição dos idosos por sexo e nº de fármacos	66
<b>Figura 13</b> – Distribuição dos idosos por nº de fármacos e médias de idades	66
<b>Figura 14</b> – Nº de prescrições crónicas por grupos de fármacos	68
<b>Figura 15</b> – Escala de Katz	78
<b>Figura 16</b> – Distribuição dos idosos pelos estados funcionais de Katz	79
<b>Figura 17</b> – Escala de Lawton & Brody	85
<b>Figura 18</b> – Distribuição dos idosos pelos estados funcionais de Lawton & Brody	86
<b>Figura 19</b> – Distribuição dos idosos pelos estados funcionais de Lawton & Brody e grau de actividade	90
<b>Figura 20</b> – Escala de Holden	92
<b>Figura 21</b> – Distribuição dos idosos pelas categorias de marcha de Holden	93
<b>Figura 22</b> – Escala de Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage	98
<b>Figura 23</b> – Distribuição dos idosos pela Escala de Yesavage	99
<b>Figura 24</b> – <i>Mini-Mental State Examination</i> (MMSE) de Folstein	105
<b>Figura 25</b> – Distribuição dos idosos pela aplicação do <i>Mini-Mental State</i> de Folstein	106
<b>Figura 26</b> – <i>Mini Nutritional Assessment</i> – MNA	112
<b>Figura 27</b> – Distribuição dos idosos pela aplicação do <i>Mini Nutritional Assessment</i> – MNA	113
<b>Figura 28</b> – Processo de um doente no SClínico em Cuidados Primários	122
<b>Figura 29</b> – Programas de Saúde para vigilância em Cuidados Primários	122
<b>Figura 30</b> – Programa de vigilância de Diabetes mellitus	123
<b>Figura 31</b> – Programa de vigilância de HTA	123
<b>Figura 32</b> – Programa de rastreios oncológicos	124
<b>Figura 33</b> – Programa de Saúde Infantil	1

## **I - PREÂMBULO (OU, COMO A GERIATRIA FOI ABALROADA PELA PEDIATRIA E SALVA PELA PANDEMIA)**

*«Brincar com crianças não é perder tempo, é ganhá-lo!»*

*Carlos Drummond de Andrade, A senha do mundo, 1950*

Atrasos na redação da tese de mestrado não serão inéditos no meio académico, e quaisquer tentativas de justificação poderão soar a desculpas de mau pagador. Correndo, contudo, esse risco, apelo para a paciência do leitor e tentarei argumentar a minha remissão.

Matriculei-me no Mestrado em Geriatria da FMUC no ano de 2012. Nesse mesmo ano casei-me. Se os deveres conjugais não me afastaram de concluir com êxito o primeiro ano do Mestrado, esses mesmos deveres conjugais originaram no ano seguinte o nascimento de uma menina que tomou conta da minha vida. Antes dela nascer ainda houve tempo para finalizar o projecto de tese e avaliar os idosos do meu ficheiro, tendo os questionários, uma pilha de papel com mais de palmo e meio de altura, estado na minha mesa de trabalho desde então. No meio dos deveres parentais que se somaram aos conjugais, o trabalho de tese estagnou. Para agravar ainda mais o meu marasmo académico, no ano seguinte a família aumentou com o nascimento do meu filho mais novo. Os anos passaram e a pilha de papel permaneceu impassível na minha mesa, olhando-me com ar acusador. O escritor que abre esta tese, Carlos Drummond de Andrade, com o gosto que tinha pelo desporto-rei poderia sintetizar a situação com a óbvia analogia futebolística: «Pediatría 2 - Geriatria 0».

Até que o improvável aconteceu. Na cidade de Wuhan um cidadão Chinês decide guisar um morcego para o jantar, dando origem a uma reacção em cadeia que me levou a ficar de baixa médica prolongada. Parte do período de convalescença foi passado sozinho em casa depois da reabertura das escolas. Temporariamente livre de deveres conjugais e parentais, eu e a pilha de papel vimos chegar a nossa hora. Após algumas semanas, as minhas dúvidas sobre este trabalho ainda valer a pena foram desfeitas pela extrema generosidade do Senhor Professor Manuel Teixeira Veríssimo, que me transmitiu ser a ideia ainda perfeitamente aplicável ao estado da arte em Avaliação Geriátrica Global e que o meu atraso não era irreparável. O meu muito obrigado! Espero não o ter defraudado.

## 2 - INTRODUÇÃO

*«Quero que entrem em pânico. Quero que sintam o medo que eu sinto todos os dias. Quero que actuem. Quero que procedam como se a casa estivesse a arder, porque está».*

*Greta Thunberg, discurso no Fórum Económico Mundial, Davos, 2019*

Aposto que não esperavam esta comparação. Mas será tão despropositado comparar as alterações demográficas com as alterações climáticas? Diariamente somos bombardeados com notícias e evidências do aquecimento global. Dizem-nos que o nosso planeta está a mudar e que temos de nos preparar para o futuro. Como se fosse só o clima a estar em mudança! A Humanidade como um todo está a envelhecer a uma velocidade vertiginosa! Este Envelhecimento Global é mais rápido nuns países do que outros, e no epicentro destas mudanças está Portugal.

Nesta dualidade entre alterações climáticas e envelhecimento populacional, arrisco a dizer que é mais fácil alertar a opinião pública para o clima. Maria João Valente Rosa (2012) na introdução do seu livro «O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa» diz-nos que «no final dos anos oitenta, quando comecei a interessar-me por assuntos ligados à demografia e falava do envelhecimento demográfico em Portugal, a conversa era frequentemente desviada para outras temáticas da actualidade nacional, supostamente mais relevantes». Dirigiam-lhe recorrentemente a questão «porque não dedica o seu tempo de investigação a questões verdadeiramente importantes para todos, abandonando preocupações que apenas interessam aos demógrafos»?

Mas os números não mentem. Segundo dados disponibilizados pelas Nações Unidas, a idade média da população do mundo e na Europa passou, respectivamente, de 24 anos e 30 anos em meados do século XX, para 27 anos e 38 anos em 2000, de 29 anos e 40 anos em 2010, podendo atingir em 2050, os 38 anos no mundo e os 47 anos na Europa. Em Portugal essa evolução é ainda mais acentuada, passando a idade média da população, de 26 anos em 1950, para 38 anos em 2000, e para 41 anos em 2010, podendo a idade média da população chegar aos 50 anos em 2050.

Assim, embora o processo de envelhecimento demográfico tenha adquirido uma dimensão mundial, manifesta-se de modo particularmente notório na Europa (região conhecida por “continente grisalho”), apresentando este processo um ritmo marcadamente acelerado em Portugal. Se em 1980, Portugal apresentava uma população menos envelhecida do que a maioria dos países da Europa, hoje é um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e do mundo.

Talvez pelo seu carácter recente e pela rapidez com que o processo de envelhecimento se manifestou entre nós, são ainda escassas as reflexões que propõem uma leitura deste processo

demográfico em articulação com a organização da própria sociedade. Se esses estudos não forem realizados atempadamente, corremos o risco de o envelhecimento demográfico ser acusado de estar na origem de parte substancial dos males sociais, políticos, financeiros e mesmo culturais que estão a abalar as sociedades da actualidade. Estas são confrontadas com problemas quando a população envelhece, mas, como nos diz novamente Valente Rosa, «o verdadeiro problema não está tanto no envelhecimento da população, mas no que as sociedades não mudaram desde que começaram a envelhecer».

É necessário encontrar respostas científicas que estudem o envelhecimento e criem serviços inovadores para uma sociedade inclusiva e solidária, onde o envelhecimento não seja visto como um problema, mas uma conquista do ser humano. A necessidade do estudo do envelhecimento é transversal a todas as áreas do saber, sendo fulcral na área da saúde, mais concretamente no estudo da Biologia do Envelhecimento e da Geriatria. Como nos lembram Paúl *et al* (2012), «com o aumento da esperança média de vida, agora nos 79,2 anos, torna-se cada vez mais pertinente colocar uma das perguntas-chave nesta área, que é saber se o aumento da longevidade se está a colocar à custa de uma expansão ou de uma diminuição da morbilidade».

Foi essa necessidade que senti quando iniciei a minha actividade clínica como Especialista de MGF em 2009. Tendo frequentado o curso de Medicina há relativamente pouco tempo (1997-2003), constatei que não existia uma única cadeira de Geriatria na FMUC. Dizem-me que agora existe uma, mas, opcional... Só que o contacto dos médicos – sobretudo dos Médicos de Família – com o envelhecimento, não é opcional; é uma inevitabilidade que se sente no terreno todos os dias. Daí a necessidade de aprender Geriatria e a importância do Ensino Pós-Graduado nesta área. Tenho usado todas as armas que encontro: as sessões anuais do «Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento – Geriatria Prática» organizadas pelo Senhor Professor Teixeira Veríssimo, o Mestrado em Geriatria da FMUC e toda a literatura sobre Geriatria que consigo arranjar. Esta tese constitui a tentativa de um Médico de Família prestar o seu ínfimo contributo e partilhar o seu ponto de vista.

### 3 - DA RELAÇÃO ENTRE A MGF E A GERIATRIA

*«Londres depressa se habituou a esse médico austero, escasso de palavras e boticas, que a uma hora certa batia à porta dos doentes, zelando cada caso como se não houvesse outros a solicitá-lo. Ao seu olhar matreiro dificilmente escapava um sintoma, um disfarce. Era como um paciente caçador que, do seu esconderijo, não perdesse um único movimento da sua presa, até a fechar na armadilha. A prática clínica tornara-se o seu campo experimental. Havia, assim, muitas pistas a destrinçar e não apenas vários aspectos de um distúrbio das funções naturais».*

*Thomas Sydenham, Deuses e Demónios da Medicina, Fernando Namora*

Compreendo se me disserem que este capítulo está a mais, mas sendo eu um Especialista em Medicina Geral e Familiar, desculpem, vou ter de fazer esta reflexão: as características da MGF vão ao completo encontro da Geriatria.

McWhinney (2009), um dos grandes pensadores da Medicina Geral e Familiar (MGF), diz-nos que esta estuda os «indivíduos em todas as suas dimensões, quer seja a biológica, a psicológica ou a social, e que, os Médicos de Família estão comprometidos com a pessoa ao invés de se interessarem apenas por um tipo de doenças ou por uma técnica em especial». Este aspecto tem muitas parecenças com a Medicina Interna. Filogeneticamente, ambas as especialidades bebem da mesma seiva e nascem muito próximas no ancestral ramo da chamada Medicina Generalista. Estão em simbiose, embora uma habite o edifício hospitalar e a outra viva lá fora na comunidade. Os especialistas de ambas as áreas nunca poderão dizer a um doente «desculpe, mas a sua doença não faz parte do meu campo de actuação». É a Medicina Total.

Segundo Rubenstein (2012) «a essência das boas práticas geriátricas consiste na correcta gestão das necessidades médicas, psicológicas e sociais dos doentes idosos, das suas famílias e dos seus cuidadores. Os membros de uma equipa interdisciplinar de acompanhamento geriátrico (quer se trate de uma unidade Hospitalar, Centro de Saúde, Lar/Centro de dia ou em Cuidados Domiciliários) devem trabalhar de forma próxima para averiguar o risco de cada doente, os problemas de cada família, e transferir esse conhecimento para planos de acompanhamento que surtam efeitos positivos nas vidas dos doentes e das suas famílias».

Um internamento hospitalar, desde que comprovadamente necessário, pode ser essencial para o controlo temporário de uma determinada situação clínica. Quando um doente é internado, a intenção é ganhar vantagem técnica, controlo e eficiência. Mas, com o internamento, remove-se ou esbate-se grande parte do contexto de doença do doente, contexto esse que é essencial. Muitas

doenças não podem ser completamente compreendidas sem serem observadas no seu contexto pessoal, familiar e social (McWhiney, 2009). Ora o Médico de Família observa o doente em ambulatório, inserido no seu ambiente social.

Outra grande arma dos Médicos de Família é a possibilidade de, quando necessário, realizarem consultas domiciliárias. Esta forma de consulta penetra profundamente na intimidade do doente, uma vez que este recebe o Médico em sua casa, possibilitando a percepção de todas as circunstâncias envolvidas, tais como o grau de independência do idoso, de como este é cuidado pelos cuidadores ou pela família, salubridade da habitação, risco de quedas, etc. Percebe-se a ecologia do doente. Aliás, a palavra ecologia deriva de duas palavras gregas “Oikos” (casa) e “Logos”, significando literalmente, o “estudo da casa”.

A realização de consultas domiciliárias pelos Médicos de Família e o conseqüente acesso aos cuidados de saúde em casa, assume grande importância ao evitar ou adiar a institucionalização dos doentes. Como refere Gomes Ermida (1996), «mesmo os próprios cuidados de saúde (como por exemplo, as hospitalizações), podem ter conseqüências nefastas para o idoso em campos como a esfera psicológica, mobilidade ou perda de autonomia». Quando um idoso é internado num hospital, inicia-se uma cascata de eventos como infecções hospitalares, perda de massa muscular, deterioração física e cognitiva pela brusca mudança de ambiente que pode ser deletéria para o próprio idoso.

Esta permanência do doente em ambulatório é facilitada pela crescente possibilidade de realização em ambulatório de exames complementares de diagnóstico (análises clínicas, exames imagiológicos, etc) e técnicas de terapêutica (administração subcutânea de medicação, terapêutica da dor, terapêuticas inalatórias, etc).

O Médico de Família segue não só os doentes, mas também as suas famílias, que são na maioria das vezes os cuidadores. Consegue assim ter uma visão global da dinâmica familiar e dos recursos que será possível e necessário mobilizar.

Ora, tal como nos diz novamente Rubenstein (2012), «o estudo da geriatria requer que o clínico se envolva na recolha e interpretação de uma quantidade formidável de informações relacionadas com o doente. Muito disto vai mais além da recolha de sinais e sintomas, valores laboratoriais, resultados radiológicos e outros dados tradicionalmente necessários para chegar a um diagnóstico».

Na MGF podemos ter de referenciar o doente para tratamento especializado, mas, após a avaliação inicial continuamos a ser responsáveis pela coordenação e continuidade de cuidados. O compromisso não termina com a cura ou o controlo de uma doença, continuando ao longo dos

anos por toda a vida do doente (e, esperemos, por toda a vida do médico...). É essa continuidade de cuidados ao longo dos anos que, a meu ver, torna o conhecimento da Geriatria essencial para a MGF. A necessidade de aprender Geriatria é tanto mais premente quanto mais acentuado for o Envelhecimento Global que nos atinge.

Por último, e muito importante pela sua potencial aplicação em Geriatria, importa lembrar a noção de que o Médico de Família encara todos os contactos com os doentes como uma oportunidade para prevenção da doença e promoção da saúde. Em média, cada doente consulta o seu médico quatro vezes por ano, existindo várias oportunidades para a instituição de medidas preventivas. Ao encarar os seus doentes como uma “população em risco”, os Médicos de Família não pensam só em termos de “doentes isolados”, mas em “grupos populacionais”. Como tal, doentes que não têm realizado os rastreios de neoplasias (por exemplo, colon, colo do útero, mama), que não têm a sua vacinação actualizada, hipertensos que há mais de seis meses não medem a sua tensão arterial, ou diabéticos que não cumprem os planos de vigilância, são tão ou mais preocupantes para o Médico de Família do que os doentes assíduos na consulta e que têm os seus problemas bem identificados. Esta vigilância (ou a falta dela) é cada vez mais fácil de identificar, com a melhoria dos registos em programas informáticos e existência de alertas electrónicos.

Foi no âmbito da vigilância de uma população em risco, e pensando neste trabalho essencial de “batedor”, que visualizei a potencial importância da Avaliação Geriátrica Global (AGG) como ferramenta essencial nos Cuidados Primários. E, como espero transmitir ao longo deste trabalho, se a AGG é a «pedra angular dos cuidados ao idoso», terá de se tornar a trave mestra dos cuidados em MGF nesta população.



## 4 - DAS ORIGENS DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL (AGG)

«Em 1905, no espaço de poucos meses, Albert Einstein publicou cinco artigos científicos que viriam a ter um tremendo impacto na física, alterando até os fundamentos da disciplina. Esse ano é, justamente, considerado o *annus mirabilis da física*, e esses cinco artigos mudaram para sempre a forma como entendemos o universo»

*John S. Rigden, Einstein 1905, O padrão da grandeza*

Se hoje em dia todos os Geriатras conhecem o conceito de Avaliação Geriátrica Global (AGG), isso deve-se a um médico americano - Dr. Laurence Z. Rubenstein - e a uma série de artigos científicos que este publicou entre 1981 e 1984 (Senda *et al*, 2010). É tal a relevância para a Geriatria do material publicado por este autor naqueles quatro anos, que não hesito na comparação entre a importância da Teoria da Relatividade para a Física e a importância da AGG para a Geriatria.

Na década de 1970, o Dr. Rubenstein visitou alguns centros geriátricos em Inglaterra onde tomou contacto com os trabalhos iniciados na década de 1930 por Marjorie Warren. Esta médica britânica trabalhava numa grande enfermaria hospitalar de Londres que estava “atulhada” de doentes idosos acamados, em grande parte negligenciados, com doenças crónicas, que não teriam recebido adequado diagnóstico médico e reabilitação, pensando-se que necessitariam institucionalização permanente. Através de um aumento da avaliação, mobilização e reabilitação, Warren conseguiu que grande parte dos doentes há muito acamados e institucionalizados tivessem condições para voltar para casa. Como resultado das suas experiências, Warren sugeriu que todos os idosos fossem alvo de uma avaliação e tentativa de reabilitação antes de serem admitidos para institucionalização prolongada (Rubenstein *et al*, 2012).

De volta aos EUA em 1979, o Dr. Rubenstein criou a sua *Geriatric Evaluation Unit* (GEU) no Sepulveda VA Medical Center (SVAMC), um Hospital de Veteranos de Guerra, passando a dispor inicialmente de quinze camas para realizar avaliação interdisciplinar e tratamento de doentes geriátricos internados (Rubenstein, 1981). Esta unidade funcionava como uma “área intermédia” no hospital, para doentes que ainda necessitassem de hospitalização, mas não de cuidados agudos.

Em termos humanos, a unidade era composta por uma equipa interdisciplinar a tempo inteiro, nomeadamente, um Médico Assistente da Faculdade de Medicina, um Médico em formação de Medicina Geriátrica, um Assistente Clínico, um Assistente Social, uma equipa completa de

Enfermagem especialmente treinada nos cuidados a doentes idosos. Também incluía alguns elementos em tempo parcial como Psicólogo Clínico, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Audiologista, Enfermeiro Especialista em Saúde Pública e Dentista.

O objectivo era estudar os doentes com idade superior ou igual a 65 anos cujas condições médicas, psicológicas e sociais interferissem na alta para o domicílio, usando quatro grandes directrizes: 1) avaliação física e psicossocial dos doentes por uma equipa interdisciplinar; 2) proporcionar um programa terapêutico e de reabilitação de curto prazo (máximo de 3 meses) orientado por objectivos; 3) selecção do local mais apropriado para o doente após a alta; 4) manter seguimento contínuo de todas as situações após a alta, de preferência pelo mesmo médico responsável pelo período de internamento.

Eram excluídos os doentes que necessitassem de um grau de cuidados superior ao prestado numa enfermaria de cuidados intermédios, os doentes cujo mau prognóstico invalidasse os esforços oferecidos (fase terminal de neoplasias, insuficiência cardíaca terminal resistente a medicação, casos de demência irreversível em que os doentes não conseguissem realizar mais de três actividades de vida diária) e, os doentes sem qualquer apoio familiar ou social.

Os doentes eram admitidos na GEU vindos de outros serviços do SVAMC, a maioria de enfermarias médicas e cirúrgicas após estabilização da fase aguda das suas patologias. Aos médicos das enfermarias de origem era perguntado onde esperavam colocar os seus doentes se a GEU não existisse ou estivesse indisponível: 1) decididamente numa instituição; 2) provavelmente numa instituição; 3) com familiares; 4) em casa.

Após o primeiro ano foram lançados dados preliminares num estudo descritivo e os resultados foram demolidores (Rubenstein *et al*, 1984). Antes de admitidos na GEU, cerca de 80% dos doentes haviam sido catalogados pelos médicos das enfermarias de origem como «necessitando de internamento prolongado numa instituição» e já constavam das listas de espera. No entanto, dos 62 doentes com alta da GEU no primeiro ano, mais de metade voltou para casa. Quase metade dos indivíduos (30 doentes) teve uma melhoria significativa na realização das suas actividades de vida diária (AVD) e apenas 15 doentes não melhoraram. Quase metade dos indivíduos (30 doentes) foi colocada num nível de cuidados inferior ao esperado inicialmente. Tão ou mais significativo, foi o facto de os doentes tratados na GEU terem visto a sua medicação crónica reduzida em 32%, sem consequências adversas dessa redução.

No entanto, a verdadeira pedrada no charco chegaria com a publicação do artigo seguinte, no *New England Journal of Medicine* (Rubenstein *et al*, 1984). Pela primeira vez, a nível mundial, surgia um estudo randomizado em AGG. O Dr. Rubenstein e a sua equipa estudaram entre Junho de

1980 e Dezembro de 1982, um total de 123 indivíduos, 63 dos quais foram atribuídos aleatoriamente à GEU e outros 60 indivíduos ao grupo de controlo.

Os resultados não podiam ser mais claros: durante o primeiro ano registou-se uma grande diferença na taxa de mortalidade entre grupos (23,8% de mortes nos doentes que passaram pela GEU e 48,3% nos doentes do grupo de controlo). Mais especificamente, no que respeitava aos doentes de ambos os grupos com alta para uma instituição com cuidados de enfermagem, a taxa de mortalidade foi de 12% entre os doentes que passaram pela GEU e 37% nos doentes do grupo de controlo. A assimetria foi ainda mais notória nos indivíduos de ambos os grupos que tiveram alta para a comunidade, com 11% de mortes no grupo da GEU e 41% no grupo de controlo.

Os resultados foram impressionantes não só na mortalidade, mas também no que dizia respeito à qualidade de vida e grau de funcionalidade mantidos por cada indivíduo.

Relativamente à vertente económica, os custos adicionais gerados pelos internamentos na GEU foram recuperados após o primeiro ano, permitindo encarar estes internamentos não como despesa, mas como uma estratégia segura de investimento. Extrapolando os resultados obtidos neste estudo para a totalidade da população dos EUA, o artigo previa que «se nos 8% de indivíduos acima de 65 anos com alta pós-hospitalar para lares e instituições de cuidados continuados, metade fosse elegível para uma unidade como a GEU, metade dos elegíveis poderia evitar internamentos em cuidados continuados, reduzindo em 200.000 os internamentos/ano de idosos nos EUA».

Para não restarem dúvidas acerca da importância estratégica e eficácia da AGG, em 1984 o Dr. Rubenstein ainda publicou mais um artigo no *Journal of The American Geriatrics Society*, dando conta do trabalho realizado em 4 anos de GEU e que confirmou todas as informações anteriormente publicadas.

## 5 - DA PERTINÊNCIA DA REALIZAÇÃO DA AGG POR MÉDICOS DE FAMÍLIA

*«Tenho sempre fé, mas não sejamos ingénuos. Os únicos que movem montanhas são os terremotos.»*

*Ludwig Plateau*

Nos capítulos anteriores vimos a aplicação da AGG do ponto de vista estritamente hospitalar. Mas o foco está a sofrer um desvio para fora do hospital e há um crescente interesse pela avaliação geriátrica em ambulatório. Para percebermos a mudança de paradigma, sigamos um pouco mais a história de vida do Dr. Rubenstein apoiados pelo editorial de Junho de 2010 da Revista da Sociedade Japonesa de Geriatria.

A Califórnia tem destas coisas. Em 1994, uma catástrofe natural – o terremoto de Northridge – destruiu por completo o GEU no Sepulveda VA Medical Center. Os geriatras fizeram então o que fazem melhor: uma avaliação global da situação de forma a tomar uma decisão sustentada para o futuro. Há já algum tempo, havia a noção que a informação publicada ao longo dos anos estava a surtir efeito na comunidade médica e que o paradigma da AGG estava a mudar. Nos trabalhos de investigação subsequentes era cada vez mais evidente que os conhecimentos de Geriatria se estavam a difundir, tornando cada vez mais difícil evidenciar diferenças entre o GEU e os grupos de controlo. Além disso, os programas de pagamentos das seguradoras já não suportavam o tempo de internamento requerido na GEU. Portanto, na hora de reconstruir, deu-se a primazia ao ambulatório e os serviços de internamento foram altamente reduzidos. No lugar da GEU foi criada a GEM (Geriatric Evaluation and Management Unit) apenas com 10 camas destinadas a doentes com síndromes geriátricas e completamente dedicada aos aspectos preventivos e avaliação geriátrica global no domicílio.

Acompanhando a mudança de paradigma, actualmente o Dr. Rubenstein considera-se um Médico de Cuidados Primários além de Geriatra. Está a preparar um programa educacional para Médicos de Família a nível local e a planear expandi-lo a nível nacional. Agora que a AGG se tornou o coração e alma da Geriatria e é realizada por rotina em doentes idosos em todos os EUA, o Dr. Rubenstein encontrou outra causa geriátrica, a prevenção de quedas, sendo co-director do *Fall Prevention Center of Excellence* ([www.stopfalls.org](http://www.stopfalls.org)).

Como curiosidade, refira-se que o novo edifício da GEM foi considerado um dos mais belos edifícios hospitalares dos EUA, sendo usado para as filmagens da popular série televisiva «Grey's Anatomy».

Após o grande impulso dado pelos resultados do Dr. Rubenstein, a AGG emancipou-se, foi reconhecida como a “pedra angular dos cuidados do idoso” e tem feito o seu caminho autónomo na comunidade médica. Mais recentemente, em Maio de 2021, um editorial da *Medscape Medical News*, «*Formal Geriatric Assessment should be routine*» (Pass, 2021), dá-nos conta da preocupação crescente de outras especialidades médicas em realizar AGG, nomeadamente a Oncologia. Martine Extermann, Professora de Oncologia da *University of South Florida*, diz-nos que «os Oncologistas que não se preocupam em realizar a AGG estão a perder muita coisa. Pensam que só pelo seu treino em Medicina Interna vão conseguir detectar tudo o que é relevante, mas em média escapa-lhes metade do que seria detectado com a avaliação geriátrica global». Cada vez mais, estes especialistas tomam consciência que a habitual avaliação geriátrica “superficial” só lhes fornece dados como idade cronológica, função orgânica, estado geral ou características do tumor. Em contraste, uma avaliação geriátrica global e formal analisa muito mais profundamente, medindo variáveis como polimedicação, comorbilidades, probabilidade de quedas, adaptação psicossocial, suporte social, sarcopenia, défices nutricionais, défice cognitivo, problemas funcionais. Todos estes factores são fundamentais para desenvolver um tratamento personalizado e individualizado, detectando problemas que ficariam ocultos numa observação de rotina.

## 6 - DO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

*«A única maneira de evitar o erro é detectá-lo e a única maneira de o detectar é ter liberdade para investigar. Enquanto os homens forem livres de fazer perguntas e livres de pensar o que quiserem, a ciência nunca poderá regredir.»*

*Robert Oppenheimer*

Afinal, que dados pode ter um Médico de Família quando realiza a Avaliação Geriátrica Global aos seus doentes? Quais as dificuldades encontradas na realização do processo? E existem benefícios?

O trabalho de investigação foi desenvolvido no meu antigo local de trabalho no Centro de Saúde de Ansião, um concelho rural do distrito de Leiria.

O objectivo a que me propus foi realizar um trabalho descritivo, ao avaliar todos os utentes do meu ficheiro com idade igual ou superior a 65 anos que recorreram à minha consulta durante 4 meses, e, utilizar uma das ferramentas principais da Geriatria - a Avaliação Geriátrica Global (AGG) - considerada a “pedra angular dos cuidados ao idoso”. Pretendia conhecer com mais precisão o seu estado de saúde, situações de risco (como pluripatologia e polifarmácia, doença crónica, diminuição funcional, falta de apoio social e institucionalização), e estabelecer planos de cuidados que respondessem a eventuais necessidades específicas, com a intenção de aumentar a qualidade de vida deste grupo específico de utentes.

Realizei a avaliação clínica (exame clínico e exames complementares de diagnóstico), avaliação física (capacidade física, marcha e equilíbrio, estado de nutrição), avaliação mental (cognitiva e afectiva), avaliação funcional (autonomia e independência) e avaliação social (família, habitat, recursos económicos, rede social).

Para a AGG foi utilizado um conjunto de instrumentos reconhecidos internacionalmente, aferidos para a população portuguesa e recomendados pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), em brochura disponível em [www.spmi.pt/nucleo-estudos-geriatria](http://www.spmi.pt/nucleo-estudos-geriatria). Aos indivíduos em estudo foram aplicados todos os instrumentos recomendados pelo GERMI, nomeadamente, a Escala de Katz (avaliação da actividades de vida diária), Escala de Lawton e Brody (avaliação das actividades instrumentais de vida diária), Classificação Funcional da Marcha de Holden (avaliação da marcha), Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta (avaliação do estado afectivo), *Mini Mental State Examination de*

*Folstein* (avaliação do estado cognitivo), *Mini-Nutritional Assessment* (avaliação do estado nutricional).

Para todos os indivíduos foram impressas as escalas para permitir a realização dos registos. Os dados foram posteriormente tratados informaticamente em Excel® e apresentados os resultados por categorias (como sexo, idades, profissão/ocupação anterior, estrato sócio-económico, patologias, institucionalização, etc).

A intenção é apresentar um estudo descritivo populacional, um diagnóstico de situação que, realizado por qualquer Médico de Família na sua prática clínica normal e diária, permita saber como se encontra a população idosa a seu cargo. Este princípio é semelhante ao realizado pelos Cuidados Primários relativamente a outras populações de risco como as crianças, mulheres em idade fértil, grávidas, diabéticos e hipertensos, ou relativamente a doenças como a patologia neoplásica e seus rastreios. Para isso é necessário deixar de espartilhar a AGG a uma aplicação estritamente individual e utilizá-la como ferramenta para estudo de um grupo de risco.

Houve uma preocupação acrescida em realizar cruzamento de dados, de forma a procurar eventuais relações que apontem caminhos de melhoria ou de resolução de problemas na população idosa.

## 7 - DO ENQUADRAMENTO POPULACIONAL DO ESTUDO

*«Eu sou eu e minha circunstância, e se não a salvo a ela, não me salvo a mim.*

*José Ortega e Gasset, Meditaciones del Quijote, 1914.*

Um grupo etário não vive - ou não deveria viver – separado da restante sociedade. Só conhecendo as populações em toda a sua dimensão será possível perceber os problemas que atingem a sociedade e prepará-la para os enfrentar. O estudo epidemiológico do ficheiro é fulcral para entender a importância da Geriatria para um Médico de Família.

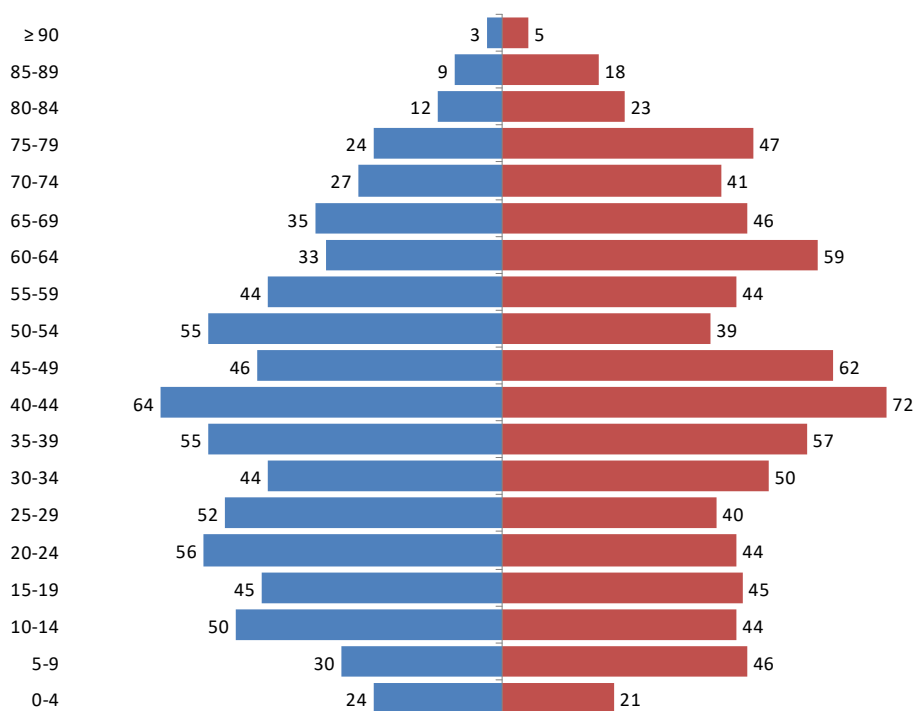
Em traços muito gerais, irei apresentar ao leitor o contexto de vida da população-alvo do meu estudo.

O concelho de Ansião situa-se no distrito de Leiria e faz fronteira com os concelhos de Pombal, Alvaiázere e Figueiró dos Vinhos (distrito de Leiria), e com os concelhos de Penela e Soure (distrito de Coimbra) ocupando uma superfície de 178,98 Km<sup>2</sup>. Os núcleos urbanos com maior expressividade do concelho, concentrando um maior número de habitantes, situam-se nas Freguesias de Ansião, Avelar, Chão de Couce e Santiago da Guarda. No entanto, ao circularmos pelo concelho, constatamos haver uma grande dispersão de habitações em zonas de pinhal e serra, ao ponto de, quando realizava consultas domiciliárias não ter a mínima noção de onde começava uma freguesia e terminava outra. Refiro este facto, porque tal dispersão tem grandes efeitos negativos na rede camarária de transportes públicos, atingindo profundamente a população idosa na sua capacidade de deslocação.

O meu local de trabalho era na sede de concelho e os meus doentes estavam dispersos por todas as freguesias do concelho.

À data da recolha dos dados para este trabalho, o meu ficheiro era constituído por 1511 utentes. Após sete anos a trabalhar no Centro de Saúde de Ansião, posso considerar que o meu ficheiro constituía uma amostra fiel da generalidade da população do concelho, sem predomínio enviesado de qualquer grupo etário, profissional ou socio-económico. A sua distribuição está ilustrada na seguinte pirâmide etária:





**Figura 1 – Pirâmide etária do ficheiro**

A classificação da pirâmide etária foi efectuada segundo o Índice de Sundbard exposto no seguinte quadro:

**Quadro I – Classificação de Sundbard**

Grupos etários	População progressiva	População estacionária	População regressiva
0-14	40%	33%	20%
15-49	50%	50%	50%
≥50	10%	17%	30%

Aplicando o Índice de Sundbard à lista de utentes, obtemos o seguinte quadro:

**Quadro II – Classificação de Sundbard da lista de utentes**

Grupos etários	Nº Utentes	%
0-14	215	14,23
15-49	732	48,44
≥50	564	37,33
<b>Total</b>	<b>1511</b>	<b>100,00</b>

Comparando os dois quadros concluímos que a população da lista de utentes é uma população de tipo regressivo, uma vez que o número de indivíduos no escalão etário dos 0 aos 14 anos é inferior ao número de indivíduos nos escalões entre os 15 e 49 anos e com mais de 50 anos.

Com base na pirâmide etária, podemos ainda calcular alguns índices demográficos que nos ajudarão a caracterizar melhor a lista de utentes. Para tal, é necessário calcular o número de indivíduos pertencente à população jovem (0-14 anos), população activa (15-64 anos) e população idosa ( $\geq 65$  anos). Estes valores estão expostos no seguinte quadro:

**Quadro III – Grupos funcionais**

Grupos etários	Nº	%
<15 anos	215	14,22
15-64 anos	1006	66,58
≥ 65 anos	290	19,19
<b>Total</b>	<b>1511</b>	<b>100%</b>

O cálculo destes Grupos Funcionais permite-nos determinar outros indicadores, como os Índices de Dependência, através dos quais podemos inferir sobre o peso dos mais idosos ou dos mais jovens na população da lista e das eventuais necessidades sociais ou médicas destes grupos.

**Quadro IV – Indicadores demográficos da lista de utentes**

Indicador	Fórmula de cálculo	Valor
Índice de dependência de idosos	População $\geq 65$ anos / População de 15-64 anos x $10^2$	28,8%
Índice de dependência de jovens	População <15 anos / População de 15-64 anos x $10^2$	21,4%
Índice de dependência total	População <15 anos + população $\geq 65$ anos / população de 15-64 anos x $10^2$	50,2%
Índice de envelhecimento	População $\geq 65$ anos / população de 0-14 anos x $10^2$	134,8%
Taxa de Natalidade	População <1 ano/População total x $10^3$	5,95‰

A elevada percentagem de idosos (19,19%) reflecte-se no Índice de Dependência de Idosos (28,8%) que é bastante superior ao Índice de Dependência de Jovens (21,4%). Estes valores são o reflexo de uma população envelhecida, como se pode constatar pelo Índice de Envelhecimento (134,8%). Acresce a tudo isto, uma baixa taxa de natalidade.

Em suma, a população com mais de 65 anos constitui uma grande parte do total de utentes (mais de 19%) e irá aumentar nos próximos anos dado tratar-se de uma população regressiva pelo acima exposto. Por aqui já se começa a constatar a importância da Avaliação Geriátrica Global como ferramenta de estudo populacional no ficheiro de um Médico de Família.

## 8 - DAS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

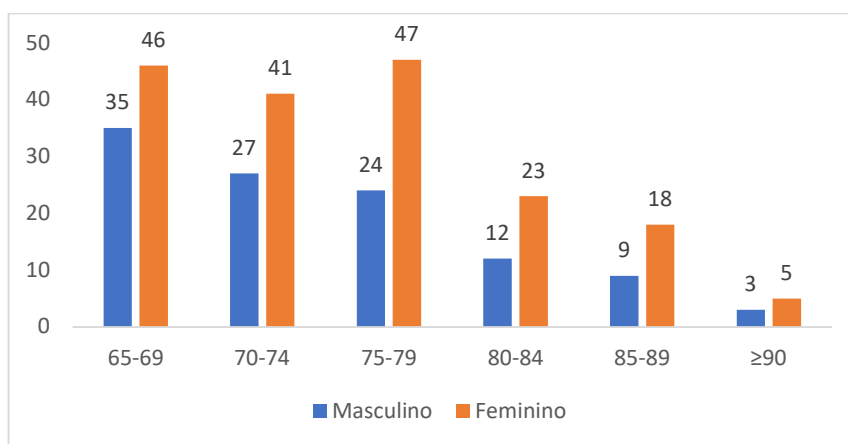
Concentremo-nos na população-alvo do nosso estudo. Consideramos “população-alvo para a Avaliação Geriátrica Global” todos os utentes do ficheiro com idade igual ou superior a 65 anos. A distribuição destes utentes por sexo e escalão etário é a seguinte:

**Quadro V** – Distribuição dos doentes da população alvo por sexo e escalão etário

Grupos etários	Masculino	Feminino	Total	%
65-69	35	46	81	27,9
70-74	27	41	68	23,4
75-79	24	47	71	24,5
80-84	12	23	35	12,1
85-89	9	18	27	9,3
≥90	3	5	8	2,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>180</b>	<b>290</b>	

Existe um predomínio de utentes do sexo feminino na população-alvo (62%). Quanto a escalões etários, regista-se um predomínio de 3 escalões, sendo eles por ordem decrescente, o escalão entre os 65 e 69 anos (27,9%), o escalão entre os 75 e 79 anos (24,5%) e o escalão entre os 70 e 74 anos (23,4%).

Um gráfico de barras permitir-nos-á uma visualização das proporções em análise:



**Figura 2** – População alvo por sexo e escalão etário

Constatamos melhor o predomínio do sexo feminino em todos os escalões etários, sendo a diferença mais significativa nos 3 escalões entre os 75 e 89 anos.

## **9 - DOS RESULTADOS DO ESTUDO**

Devido à profundidade, minúcia e extensão dos resultados - e após ensaiar várias configurações possíveis de apresentação - considerei mais inteligível para o leitor a realização de comentários e discussão ao longo da exposição, ao invés de condensar toda a discussão num capítulo final.

### **9.1 – Do número total de doentes estudados**

Durante o período de 4 meses convencionado para o estudo, foram entrevistados 216 utentes com idade igual ou superior a 65 anos, representando 75% da população alvo.

**Comentário:** A população estudada dependeu grandemente do número total de utilizadores assíduos da consulta. Foi essencial aproveitar todos os contactos presenciais e todos os tipos de contacto nas suas várias vertentes, como por exemplo, as consultas de vigilância de Diabetes, Hipertensão, Saúde da Mulher, consultas de Saúde do Adulto, consultas por Doença Aguda ou mesmo Consultas Domiciliárias. Cheguei a aproveitar momentos em que o utente apenas pretendia a simples renovação de receituário.

Todos os inquéritos foram realizados por mim, em consulta no meu gabinete ou no domicílio dos utentes, sem interferência de outros profissionais do Centro de Saúde (como o serviço de Enfermagem) de forma a evitar viés no preenchimento e manter a forma de actuação. Isto foi possível com planeamento prévio, preparação e impressão atempada dos formulários. Sempre que possível conseguiu-se tempo suficiente para uma avaliação profunda, sem pressas e consentânea com as especificidades próprias desta faixa etária (dificuldade na deambulação, pluripatologia, eventuais barreiras comunicacionais como a surdez, défice cognitivo, etc).

Pode argumentar-se que a melhor estratégia seria a convocatória de todos os idosos para a realização da Avaliação Geriátrica Global. Não optei por esta hipótese por vários motivos. Desde logo, seria necessário criar uma logística própria, reservando tempo semanal específico e implicando alterações de horário, o que poderia afectar as restantes equipas do Centro de Saúde, sendo pouco viável. Da mesma forma, um estudo espartilhado por convocatórias poderia ser prejudicado por eventuais faltas de utentes e levar mais tempo do que os quatro meses de que eu dispunha.

Por outro lado, ao realizar a Avaliação Geriátrica Global numa consulta habitual, constatei que os utentes a entendiam como um processo normal e comum de consulta, algo que era feito para realmente avaliar a sua condição de saúde sem artificialismos de mero estudo científico. Basta dizer que todos os idosos aceitaram ser avaliados, não havendo recusas. Realizar a AGG na consulta “normal” está mais próximo do que se pretende para o futuro da mesma AGG - torná-la um procedimento habitual, frequente e disseminado, sem artificialismos que a tornem num corpo estranho às rotinas de médicos ou doentes.

No entanto, a convocatória seria uma opção válida, sobretudo para os 25% de idosos da população-alvo que não recorreram à consulta durante o período do estudo. Mas tenho a plena noção de que os restantes 25% não eram utilizadores assíduos da minha consulta, podendo ser seguidos noutra local. Era o caso de utentes idosos que viviam noutras localidades, mas mantinham activa a inscrição no Médico de Família da localidade de origem. Ou então, os casos de utentes institucionalizados que dispunham de seguimento médico específico nessas instituições, mas continuavam a pertencer ao ficheiro do Médico de Família. Ainda seria de admitir a existência de utentes que, pura e simplesmente, não desejavam seguimento médico regular.

## 9.2 – Do local de realização das consultas

A seguinte figura ilustra o local onde foram realizadas as consultas a estes utentes.



**Figura 3** – Local de realização das consultas

Constatamos que a esmagadora maioria dos utentes foi observada em contexto de consulta no Centro de Saúde (96,7%) sendo os restantes observados em consultas domiciliárias (3,3%).

**Comentário:** Uma das especificidades da MGF é a realização de consultas domiciliárias. Estas têm critérios específicos de realização, onde se inclui a incapacidade de deslocação dos doentes devido às suas patologias. Normalmente são grandes idosos, acamados ou com grandes dificuldades de mobilidade. Pode também tratar-se da monitorização de doentes com patologias neoplásicas ou em cuidados paliativos.

Um denominador comum à grande maioria dos utentes que solicitam consultas domiciliárias é a existência de um suporte familiar ou apoio domiciliário que lhes permita estar em casa em convalescença, uma vez que podem depender de outras pessoas para a realização das actividades de vida diária.

Sem pretender ser exaustivo na descrição dos utentes domiciliários, importa referir alguns aspectos para melhor compreendermos o seu enquadramento. Dos 7 idosos seguidos em consultas domiciliárias:

- 5 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino.
- O utente mais jovem era do sexo masculino (79 anos). O utente mais idoso era do sexo feminino (104 anos).
- Todos os utentes eram cuidados pelas suas famílias. Dois utentes tinham apoio domiciliário pela Santa Casa da Misericórdia (SCM) de Ansião para higiene, dois utentes tinham tratamentos de enfermagem para feridas crónicas e um dos utentes recebia tratamentos a título particular por um fisioterapeuta.
- Todas as idosas do sexo feminino estavam acamadas. Os idosos do sexo masculino tinham grandes dificuldades de mobilidade.

### 9.3 – Da distribuição geral dos idosos estudados

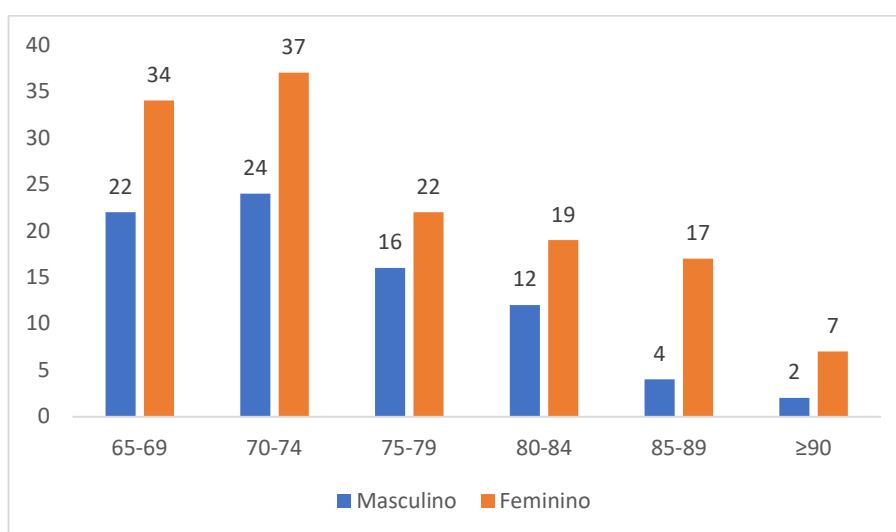
A distribuição dos utentes por escalão etário, sexo e a respectiva comparação com a população alvo, foi a seguinte:

**Quadro VI** – Comparação da população-alvo com a população estudada

Grupos etários	População Alvo			População Estudada					
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	%	Feminino	%	Total	%
65-69	35	46	81	22	62,9%	34	80%	56	69,1%
70-74	27	41	68	24	88,8%	37	90,2%	61	89,7%
75-79	24	47	71	16	66,6%	22	46,8%	38	53,5%
80-84	12	23	35	12	100%	19	82,6%	31	88,6%
85-89	9	18	27	4	44,4%	17	94,4%	21	77,7%
≥90	3	5	8	2	66,6%	7	100%	9	100%
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>180</b>	<b>290</b>	<b>80</b>		<b>136</b>		<b>216</b>	

**Comentário:** Em todas as faixas etárias conseguimos estudar mais de 50% dos utentes do ficheiro, o que aponta para uma boa representatividade do estudo realizado. Podemos mesmo referir que em quase todas as faixas etárias o número de idosos estudados ultrapassa os 70% da população em causa, sendo que, nos utentes acima dos 90 anos foi estudada a totalidade da população. Este facto é importante, uma vez que é nos mais idosos que se espera maior fragilidade.

A partir deste ponto focar-nos-emos exclusivamente nos doentes estudados. O seguinte gráfico ajudará a tornar mais inteligível a distribuição desta população:



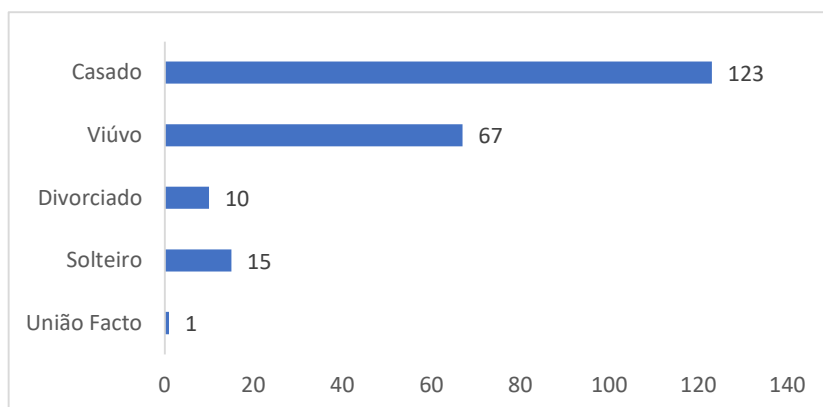
**Figura 4** – Distribuição dos idosos estudados de acordo com o sexo e grupo etário



**Comentário:** Como podemos constatar, este gráfico é sobreponível ao gráfico da figura 2 que ilustra a distribuição da população alvo. Em todos os escalões etários se mantém o predomínio do sexo feminino. Também não se observam assimetrias entre os mesmos grupos etários de ambos os gráficos. Isto é concordante com o nosso ponto de partida populacional e apoia a tese de não existir viés na proporção das entrevistas realizadas.

#### 9.4 – Do estado civil

Relativamente ao estado civil a distribuição dos idosos estudados é a seguinte:



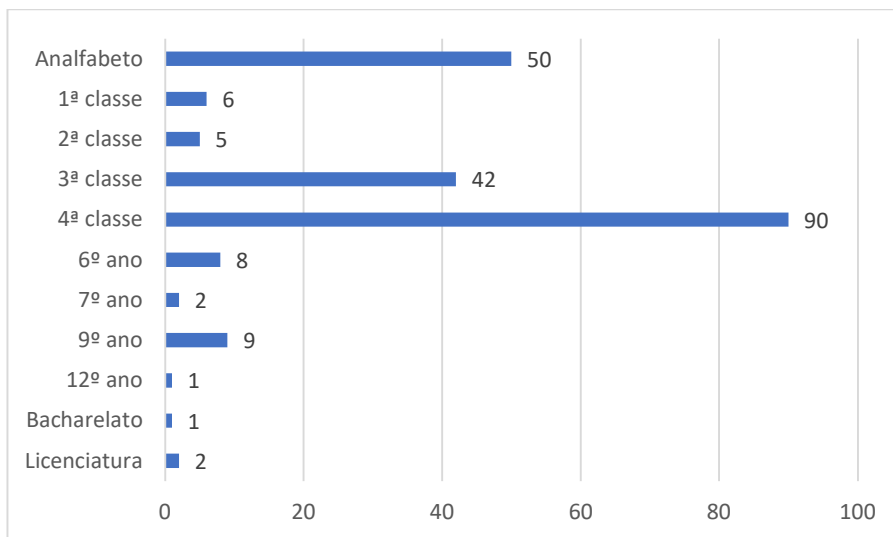
**Figura 5** – Distribuição dos idosos de acordo com o estado civil

O grupo predominante é o dos idosos casados (57%) logo seguido dos idosos viúvos (31%). Os menos numerosos são os idosos solteiros (6,9%), divorciados (4,6%) e os que vivem em união de facto (0,46%).

**Comentário:** Os resultados estão em linha com o comportamento esperado da geração em estudo, com elevada taxa de casamentos e uma baixa taxa de divórcios e uniões de facto. Sobressai o grande número de utentes viúvos, alertando-nos na AGG para a investigação de factores como solidão, más condições económicas (por só existir pensão de reforma de um indivíduo), existência de patologia depressiva, ansiedade e precário apoio familiar.

## 9.5 – Do grau de escolaridade

Relativamente ao grau de escolaridade, os idosos estudados distribuíam-se da seguinte forma:



**Figura 6** – Distribuição dos idosos de acordo com o grau de escolaridade

Constatamos que 89,4% dos idosos estudados têm uma escolaridade igual ou inferior à 4ª classe; existe uma enorme iliteracia, com uma taxa de 23% de analfabetismo.

**Comentário:** Temo que esta seja a realidade geral dos idosos no contexto rural do nosso País. A enorme taxa de analfabetismo reflectir-se-á em outros aspectos sociais, desde o rendimento mensal disponível, condições de habitabilidade e meios de sobrevivência. Forçosamente, a iliteracia interfere na forma como as mensagens das equipas de saúde são entendidas pelos doentes, colocando em causa toda a cadeia de procedimentos preventivos. Não havendo precauções de adaptação por parte do emissor, não encontrará eco no receptor. Daí a importância do Médico de Família como emissor e garantia dessa transmissão de conhecimentos.

## 9.6 – Da profissão

A seguinte tabela foi elaborada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões editada pelo Instituto Nacional de Estatística em 2011, e ilustra a distribuição dos idosos estudados.

Quadro VII – Profissões dos idosos estudados

Grupo	Profissão	Nº	Total
Profissões das Forças Armadas	Sargento de Marinha	1	2
	Sargento do Exército	1	
Representantes do poder legislativo e Executivo, Dirigentes, Directores e Gestores	Director e gerente de restauração (restaurantes e similares)	1	2
	Directores de produção e de serviços especializados (Fabril)	1	
Especialistas das Actividades Intelectuais e Científicas	Engenheiro florestal	1	4
	Enfermeiro de cuidados gerais	1	
	Professores dos ensinos básico (1º ciclo)	1	
	Educador de infância	1	
Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	Técnico de electricidade	1	4
	Desenhadores e técnicos afins	1	
	Encarregados das indústrias da madeira (serração)	1	
	Chefe de estação de correios	1	
Pessoal Administrativo	Empregado de escritório	2	13
	Carteiro e similares	1	
	Técnico de secretariado	9	
	Empregado de banca nos casinos	1	
Trabalhadores dos Serviços Pessoais, Protecção, Segurança e Vendedores	Cozinheiro	3	69
	Empregado de bar	2	
	Porteiro de edificios	2	
	Vendedores ambulantes e em mercados	2	
	Comerciante de loja (estabelecimento)	7	
	Auxiliares de educadores de infância e de professores	2	
	Guardas da Guarda Nacional Republicana	2	
	Agente de Polícia de Segurança Pública	1	
Governante doméstico	48		
Agricultores e Trabalhadores <u>Qualificados</u> da Agricultura, Pesca e Floresta	-	-	-
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	Pedreiro	7	20
	Calceteiro	1	
	Canteiro	1	
	Carpinteiros e similares	2	
	Serralheiro civil	1	
	Mecânico e reparador de veículos automóveis	1	
	Padeiro	1	
	Alfaiate e costureiro	4	
	Torneiro Mecânico	1	
	Sapateiro	1	
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	Motoristas de veículos pesados e autocarros	2	30
	Operador de máquinas de escavação, terraplenagem e similares	2	
	Operador de máquinas agrícolas e florestais, móveis	1	
	Operador de máquinas de tecer e tricotar	25	
Trabalhadores <u>não qualificados</u>	Trabalhador de limpeza em casas particulares	2	68
	Trabalhador <u>não qualificado</u> da agricultura e produção animal combinadas	65	
	Leitor de contadores	1	

Há um predomínio de dois grupos profissionais, o que está em linha com o grau de escolaridade citado. Um é o dos «Trabalhadores não Qualificados», que inclui o grupo mais numeroso dos «Trabalhadores não qualificados da agricultura e produção animal». Outro é o dos «Trabalhadores

dos Serviços Pessoais, Protecção, Segurança e Vendedores», que inclui o grupo dos «Governantes domésticos» sendo totalmente constituído por elementos do sexo feminino.

**Comentário:** Nem sempre foi fácil definir uma profissão para cada doente estudado, principalmente nos idosos do sexo feminino. Na realidade rural, “fazer o trabalho da casa” não é bem a mesma coisa que no ambiente citadino. Encontrei quem me dizia ser “trabalhadora doméstica”, mas realizava trabalhos agrícolas pesados e frequentes, nem sempre sazonais, simplesmente porque considerava ser essa a sua obrigação em casa.

### **9.7 – Da situação perante a reforma**

Questionar relativamente à reforma faz sentido, pois trata-se de um estudo em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que à data do estudo a idade legal para a reforma era de quase 67 anos.

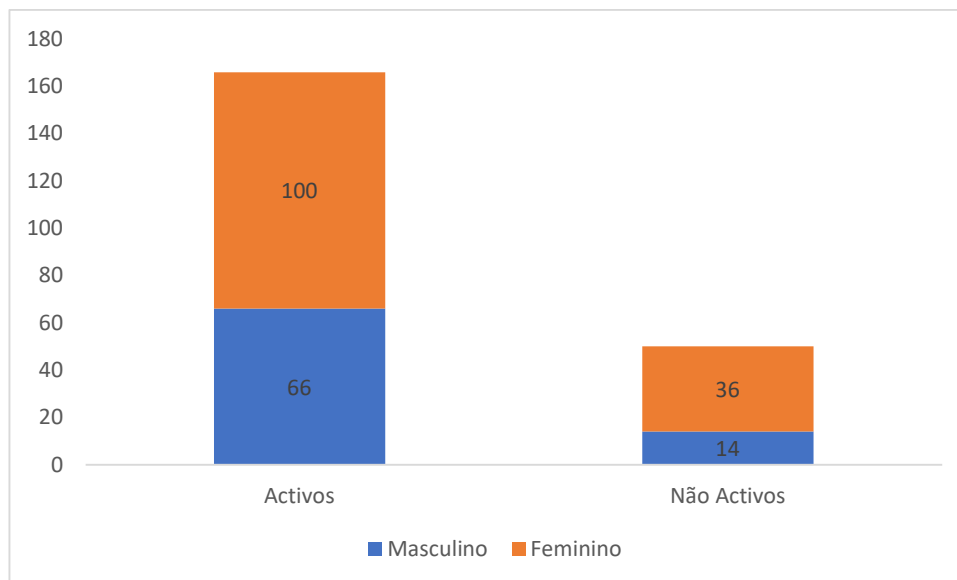
Apenas 4 utentes – e todos do sexo masculino - não se consideravam oficialmente reformados. A saber: 2 motoristas de táxi por conta própria com 65 anos de idade, 1 comerciante por conta própria com 68 anos de idade, e, o mais velho, com 70 anos de idade, leitor de contadores da EDP (e que caminhava diariamente vários quilómetros).

**Comentário:** Não me surpreende que idosos iletrados e dependentes de trabalho rural sazonal que não garante um salário fixo e seguro, se reformem assim que possível. Essa pensão, ainda que escassa, constitui um acréscimo certo às suas finanças e constituirá uma preciosa ajuda monetária, podendo continuar ainda a desenvolver os seus trabalhos agrícolas.

### **9.8 – «Ainda se mantém activo?»**

O seguinte gráfico mostra os utentes que consideravam conseguir realizar as suas actividades habituais e ser activos no seu dia-a-dia. Nem sempre era fácil chegar a um consenso sobre o que é ser «activo» e alguns idosos desconheciam até o significado da palavra. No fundo, tentei perceber quais os idosos que do seu ponto de vista ainda «tratavam da sua vida e das suas coisas»,

ou seja, mantinham uma actividade diária plena e realizadora, consentânea com as suas necessidades e expectativas.



**Figura 7** - «Ainda se mantém activo?»

**Comentário:** É certo que a pergunta ressuma subjetividade, mas a resposta transmite a sensação que os idosos têm a respeito da sua condição e posição no mundo. Foi o melhor que consegui averiguar num grupo em que os trabalhos “do campo” e os trabalhos “de casa” são de difícil quantificação e qualificação. Nada como perguntar aos próprios se ainda os conseguem realizar. Quem melhor que eles para avaliar?

A maioria, 166 idosos, referiu que se mantinha activa. A forma como muitos o verbalizavam era, por exemplo, «ainda consigo fazer as minhas coisas sem pedir ajuda a ninguém». Constatei que para a maioria das mulheres isso incluía as actividades domésticas, e para os homens as actividades agrícolas.

## 9.10 - Da conjuntura habitacional e familiar

Talvez o mais importante denominador na situação de um idoso seja o local onde vive. Podemos considerar que, *grosso modo*, um idoso vive na sua casa enquanto tem condições físicas e

psíquicas para tal. O conhecimento perfeito do ambiente facilita a orientação e deslocações entre as várias divisões da habitação, mantendo a sensação de independência e autonomia.

Mas pode chegar um momento em que o ambiente habitual pode ser deletério para o idoso. Para isso contribuem três ordens de elementos: 1) os inerentes ao próprio idoso (como por exemplo, aparecimento de défices cognitivos, dificuldade na deambulação, incapacidade de realização das AVD's, incapacidade de preparação de refeições ou da toma de medicamentos); 2) os relativos à conjuntura familiar (se vive sozinho, ou com cônjuge ou familiares que possam realizar algumas tarefas e monitorização do seu estado de higiene e saúde); 3) os respeitantes ao meio circundante (habitações distribuídas por vários pisos com escadas difíceis de transpor, quartos de banho inadequados para pessoas com mobilidade reduzida, isolamento rural de casas deslocadas das povoações, entre outros).

Na prática, o grande factor decisor acaba por ser a conjuntura familiar. Um idoso que vive com o cônjuge terá, em princípio, uma monitorização constante da sua situação desde que o cônjuge seja capaz. Observa-se até, muitas vezes, uma entreaajuda e reciprocidade de monitorização em que a soma é maior que as partes. A descompensação desta homeostasia surge quando um dos elementos do casal decai abruptamente nas suas capacidades, deixando ao outro elemento responsabilidades acrescidas que constituem uma carga difícil de suportar.

Idosos que vivam com os filhos, ou que tenham os filhos por perto, dispõem de uma monitorização frequente, permitindo usualmente uma delegação gradual de tarefas nos elementos mais novos (como a preparação de refeições, medicação, limpeza do espaço e da roupa). Desta forma, mantem-se uma sensação de autonomia no idoso, que tem a sua carga de tarefas aliviada e continua a habitar o seu espaço.

No entanto, assistimos actualmente a uma reconfiguração civilizacional que afecta a forma ancestral de envelhecer em família. O crescimento da taxa de divórcios provoca o aumento de famílias idosas unitárias, com o conseqüente isolamento e solidão. O desaparecimento do conceito de família alargada, em que várias gerações habitavam o mesmo espaço estabelecendo laços de interesse comum e proximidade, faz com que filhos e netos vivam muitas vezes afastados – geográfica e sentimentalmente – dos avós, pondo em causa a interajuda geracional. Mesmo que, teoricamente, vivam no mesmo espaço, os mais novos passam muito tempo no trabalho e na escola, havendo largos períodos do dia em que os mais velhos ficam isolados e sem monitorização. Estes factores aumentam a possibilidade de uma institucionalização do idoso.

Um factor não despreciando para a manutenção da autonomia do idoso no domicílio, é o sexo da pessoa em causa. A própria escala de Lawton & Brody (de actividades instrumentais de vida diária) estabelece essa diferenciação, como veremos mais adiante. A compartimentação de género

nas tarefas de casa (preparar as refeições, lavar a roupa, limpeza da casa) é ainda mais marcada em faixas etárias mais idosas.

A seguinte tabela ilustra a distribuição dos utentes segundo o seu género, média de idades, estado civil, local de residência e conjuntura familiar.

**Quadro VIII** – Distribuição dos idosos de acordo com a sua conjuntura habitacional e familiar

		Sexo		Média de idade	Estado Civil					Total	
		Masc.	Fem.		Casado	Solteiro	Viúvo	Divorc.	U. Facto		
Domicílio próprio	Com cônjuge	59	56	72,5	114	-	-	-	1	115	187
	Sozinho	6	40	76,4	-	8	32	6	-	46	
	Com os filhos	7	19	78,8	8	-	18	-	-	26	
Domicílio de familiares	Com os filhos	5	10	80,3	-	-	14	1	-	15	29
	Outro familiar	3	11	79,9	1	7	3	3	-	14	
		80	136		123	15	67	10	1	216	

A maioria dos utentes (187 idosos, constituindo 86,5% do total) residia em domicílio próprio; os restantes 29 idosos (13,5% do total) residiam em casa de filhos ou de outros familiares.

A esmagadora maioria dos utentes residentes no seu domicílio eram casados (122 idosos, constituindo 56,5% do total). A maioria dos utentes que viviam na casa de familiares, eram viúvos (17 idosos).

Constatamos que a média de idades aumenta à medida que há um deslocamento dos idosos da situação “típica” de casado a viver em casa própria, para a situação de dependente de familiares (a viver na casa dos filhos ou outros familiares).

**Comentário:** Um dado que salta à vista no quadro, é que nos idosos estudados não se regista qualquer institucionalizado. Com efeito, como discutido relativamente ao número de utentes estudados, isto deve-se ao facto de os institucionalizados serem na maioria das vezes seguidos

pelos médicos e enfermeiros dessas instituições, utilizando raras vezes os serviços do centro de saúde. Poderá parecer surpreendente, mas, nos sete anos que trabalhei em Ansião nunca foi necessário deslocar-me ao lar para ver um utente nem tal me foi solicitado. O mesmo se passa com os cinco anos que levo de trabalho em Coimbra. Para tal poderá ter contribuído a evolução da legislação, que tem obrigado a uma maior cobertura médica assistencial nestas instituições. Também serão importantes os contextos locais com hábitos de trabalho instituídos e boa capacidade de resposta. Ambas as realidades são válidas, desde que seja respeitada a vontade de idosos e familiares, os utentes sejam bem seguidos e não exista duplicação ou redundância de procedimentos.

Aliás, devo referir que tenho a noção de ter tido poucos idosos institucionalizados em lar no meu tempo como médico em Ansião. Dos locais em que trabalhei, foi aquele em que verifiquei uma maior disposição das famílias para cuidar dos seus idosos. Penso que tal resultava da existência de grande número de trabalhadores agrícolas indiferenciados, com trabalhos sazonais, que, se exigiam bastante em termos físicos, por outro lado, deixavam uma disponibilidade de horário e calendário que permitia a inclusão das tarefas dos cuidadores na sua rotina diária.

Outro factor, não despreciando, é que os lares são dispendiosos. Mesmo nos lares das Misericórdias - com preocupações sociais e cujo custo é calculado em função dos rendimentos do idoso - não é raro que a totalidade da baixa pensão do idoso seja canalizada para o pagamento da instituição.

Encontrei sérias dificuldades na categorização destes doentes no que respeita às suas habitações. Num concelho rural de minifúndio, em que casas e quartos vão sendo construídos de acordo com o nascimento de filhos, em que o casamento de um filho leva à construção de uma “casa independente” adjacente à casa paterna, onde terminam as casas de uns e começam as de outros? Em inúmeras situações os idosos referiam viver em casas próprias e independentes, mas depois, nas consultas domiciliárias descobria que as casas eram contíguas às dos filhos e tinham portas de comunicação entre si, por vezes com espaços comuns (quintais, jardins, garagens, etc); em outros casos, os mais novos viviam no andar de cima e os mais velhos no andar de baixo... O critério pelo qual optei para categorização, foi o facto de o idoso permanecer ou não na mesma rua ou mesma aldeia, tendo ou não de alterar o seu espaço habitual. Daí resulta a distinção entre idosos que residiam no seu domicílio próprio com os filhos, e outros que residindo igualmente com os filhos se encontravam deslocalizados do seu ambiente habitual.

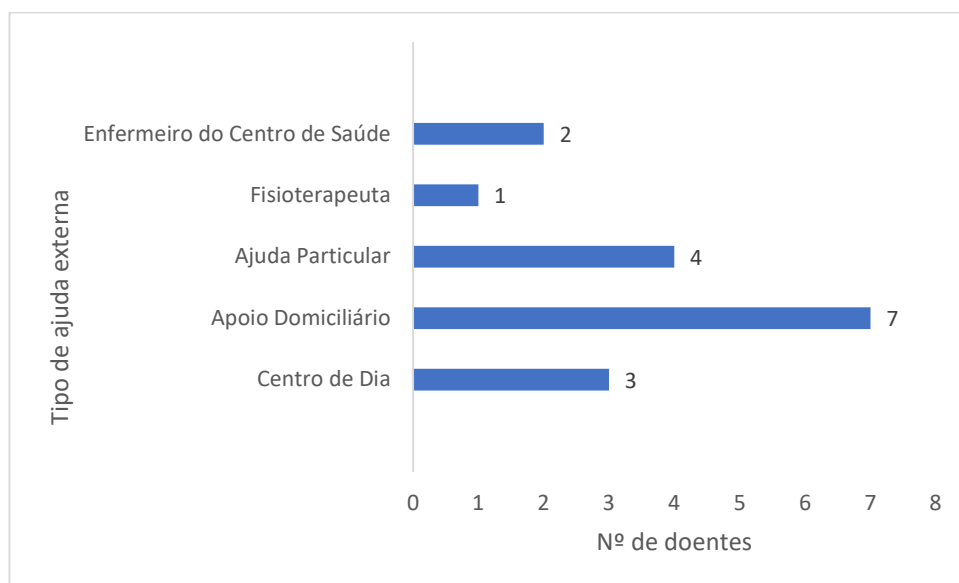
Esta proximidade entre residências facilitava também a vigilância dos idosos pelos cuidadores e a realização de tarefas de preparação dos alimentos e higiene. Por vezes, para os idosos, o permanecer no seu espaço dava-lhes uma noção de independência algo enviesada, manifestada por um discurso do tipo «eu vivo sozinho e não preciso de ninguém». Por outro lado, para os



cuidadores, a cada vez maior dependência dos mais velhos a seu cargo, podia ser medida pelo crescente número de deslocações diárias ao tal “domicílio independente”...

Voltaremos a este tema mais adiante, quando discutirmos os valores relativos à aplicação das escalas de Katz (actividades de vida diária básicas) e de Lawton & Brody (actividades instrumentais de vida diária).

Foi mais fácil destrinçar quais os idosos que precisavam de apoio externo complementar aos cuidadores habituais. Estes dados estão explícitos no seguinte gráfico:



**Figura 8** – Necessidade de apoio externo complementar

Como podemos observar, 17 idosos dispunham de apoio externo complementar. Podemos entender melhor a sua situação se cruzarmos os dados com a tabela seguinte:

**Quadro IX** – Distribuição conjuntural do apoio externo complementar

Tipo de ajuda externa	Sexo		Domicílio Próprio			Domicílio Familiares		Total
	Masc.	Femin.	Com cônjuge	Sozinho	Com os filhos	Com os filhos	Outro familiar	
Frequenta Centro de Dia	2	1	1	1	-	-	1	3
Apoio Domiciliário	2	5	2	3	2	-	-	7
Ajuda Particular	2	2	1	2	1	-	-	4
Fisioterapeuta	-	1	-	-	1	-	-	1
Enferm. Centro de Saúde	1	1	-	-	2	-	-	2
	7	10	4	6	6	-	1	17
	17		16			1		

Para sete idosos, o apoio externo era prestado na forma de apoio domiciliário pela Santa Casa da Misericórdia, para a realização da higiene pessoal ou fornecimento das refeições.

Quatro idosos optaram por contratar ajuda particular prestada por indivíduos indiferenciados que limpavam a habitação, preparavam as refeições e, sobretudo, permaneciam no domicílio dos utentes realizando o acompanhamento necessário quando as famílias não o podiam fazer.

Os três idosos que optaram pelo apoio do Centro de Dia eram para lá transportados de manhã (onde tomavam as refeições e realizavam a higiene) voltando às suas residências para o período da noite. Estes dois últimos processos eram mais utilizados pelos idosos cujas famílias tinham responsabilidades laborais que impunham a ausência diurna do domicílio, evitando assim longos períodos sem vigilância.

A ajuda prestada pelo serviço de enfermagem do Centro de Saúde devia-se ao facto de dois utentes necessitarem de realização especializada e periódica de pensos por feridas cutâneas (um caso de escaras de decúbito e um caso de úlceras dos membros inferiores).

A família de uma idosa acamada havia contratado um fisioterapeuta com a intenção de manter a mobilidade articular e massa muscular da doente em causa.

É altura de estudarmos mais aprofundadamente a situação específica dos acamados. Este grupo tem uma necessidade constante de cuidados devido ao seu grau de fragilidade e a sua identificação é essencial para o médico de família. Não são apenas os idosos a necessitar de cuidados médicos, são também os cuidadores – muitos deles igualmente idosos – a precisar de apoio, monitorização e incentivo.

A sua distribuição está ilustrada no seguinte quadro:

**Quadro X** – Distribuição dos idosos acamados por sexo, idades e tipo de apoio externo

Tipo de apoio externo	Masculino	Feminino	Idades
Sem ajuda externa	-	1	104
Apoio domiciliário	-	2	88/92
Fisioterapia	-	1	91
Enfermagem do Centro de Saúde	-	1	89

Todos os idosos acamados pertenciam ao sexo feminino e eram cuidados pelos seus filhos. As idades oscilavam entre os 88 e os 104 anos.

**Comentário:** Curiosamente, a utente mais idosa era aquela que não requeria apoio externo à família, o que indicia que o nível de cuidados necessário não depende apenas da idade do utente, mas é multifactorial (por exemplo, o tipo de patologia que atinge o doente, grau de envolvimento e de conhecimentos dos cuidadores, idade do cuidador, entre outros).

### 9.11 - Do estudo das morbilidades

*«El hombre debe arrostrar, desde los primeros meses de vida y durante su existencia, una lucha incesante contra bacterias patógenas visibles e invisibles, sustancias alimenticias nocivas, alternativas de temperatura, contrariedades morales y emociones deprimentes, que son otras tantas condiciones de debilidad y desarmonía orgánicas. Y aunque triunfe en la contienda, esas luchas empeñadísimas suelen dejar huellas en la fina estructura de los órganos y tejidos nobles (cerebro, corazón, etc.), cuya resistencia y capacidad de reacción quedan notablemente abatidas».*

*Santiago Ramon y Cajal, El mundo visto a los ochenta años, Impresiones de un Arteriosclerótico.*

Na idade geriátrica, o estudo das patologias é fundamental para otimizar a precisão diagnóstica e a terapêutica instituída, melhorando globalmente a qualidade de vida dos idosos. Esse estudo não se esgota num simples catalogar de patologias. No prisma de promoção da saúde merecem

particular destaque os aspectos em podemos intervir implementando melhores hábitos e estilos de vida. Ao abrir uma perspectiva de autossuficiência e bem-estar do indivíduo idoso, o Médico de Família contribui para um envelhecimento saudável, melhorando a qualidade de vida deste crescente grupo populacional e determinando uma diminuição do ónus económico-social associado a uma população envelhecida.

### 9.11.1 - Índice de massa corporal (IMC)

O IMC está ligado a importantes condições clínicas em idade geriátrica, podendo ter implicações pela sua redução (mau estado nutricional) ou pelo seu excesso (agravamento de factores de risco cardiovascular).

Na expressão fenotípica do envelhecimento dão-se alterações da composição corporal que conduzem a modificações em hormonas participantes em diferentes mecanismos «traduzindo-se no aumento da massa gorda visceral, na diminuição da massa magra expressa na sarcopenia, diminuição da massa óssea e diminuição da água total à custa do sector intracelular. O aumento da massa gorda visceral é determinante no aparecimento da insulinoresistência, responsável pelo aumento da prevalência da diabetes tipo 2, de dislipidemia e de HTA neste grupo etário, assim como de cancro. A diminuição da massa magra aumenta grandemente o risco de desnutrição que, quando instalada, se associa a uma disfunção generalizada que se traduz no aumento da morbidade e mortalidade» (Santos 2014).

A seguinte tabela mostra a distribuição dos 216 idosos estudados, no que diz respeito ao seu IMC.

**Quadro XI** – Distribuição dos idosos por categorias de IMC

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Obesidade (IMC&gt;30)</b>	31	43	74	34,2
<b>Excesso peso (25&gt;IMC&lt;30)</b>	33	59	92	42,6
<b>Peso normal (IMC&lt;25)</b>	15	25	40	18,5
<b>Baixo peso (IMC&lt;19)</b>	1	9	10	4,6

A grande maioria da população estudada apresenta um IMC superior a 25 (76,8%), enquadrando-se nas categorias de excesso de peso (42,6% dos idosos) e de obesidade (34,2% dos idosos). Por outro lado, verifica-se a existência de alguns idosos com baixo peso (4,6% do total), o que evidencia utentes em risco de desnutrição e sarcopenia.

**Comentário:** Estes dados apontam-nos um longo caminho a percorrer no sentido de melhorar a alimentação e estilos de vida na população idosa, com vista a diminuir os factores de risco cardiovascular.

Voltaremos aos dados de IMC mais adiante, quando os relacionarmos com os dados retirados do inquérito nutricional aos utentes idosos.

### 9.11.2 - Das patologias crónicas associadas

Para caracterização dos utentes relativamente às patologias crónicas associadas, foi utilizada a *International Classification of Primary Care - 2 (ICPC-2)* em vigor nos cuidados primários em Portugal. O resultado da caracterização das comorbilidades agrupadas por grupos de problemas é ilustrado no seguinte quadro:

**Quadro XII – Grupos de patologias por sexo**

Grupo	Grupo de Morbilidades	Masculino	Feminino	Total	% (n=1336)
<b>B</b>	Sangue, Sist. Hematop., Linfático, Baço	-	1	1	0,07
<b>D</b>	Sistema digestivo	26	35	61	4,5
<b>F</b>	Olho	63	122	185	13,8
<b>H</b>	Ouvido	7	18	25	1,8
<b>K</b>	Sistema Circulatório	114	182	296	22,1
<b>L</b>	Sistema Músculo-esquelético	57	158	215	16,1
<b>N</b>	Sistema Neurológico	7	26	33	2,4
<b>P</b>	Psicológico	43	92	135	10,1
<b>R</b>	Sistema Respiratório	28	24	52	3,9
<b>S</b>	Pele	2	1	3	0,2
<b>T</b>	Sistema Endócrino, Metabólico e Funcional	93	158	251	18,7
<b>U</b>	Sistema Urinário	7	24	31	2,3
<b>X</b>	Sistema Genital Feminino	-	27	27	2,0
<b>Y</b>	Sistema Genital Masculino	21	-	21	1,5
	<b>Total</b>	<b>468</b>	<b>868</b>	<b>1336</b>	<b>100%</b>

Foram detectados 1336 problemas de saúde nos 216 idosos estudados, o que evidencia a pluripatologia crónica nesta faixa etária, manifesta por uma média de 6,2 problemas de saúde por utente.

O grupo de patologias mais prevalente foi o das patologias do sistema circulatório (22,1% do total de patologias) e o menos prevalente foi o grupo de patologias do sangue, sistema hematopoiético, linfático e baço (0,07% do total de patologias).

Comparativamente, diagnosticou-se um maior número de problemas de saúde nos idosos do sexo feminino (6,4 problemas por utente) em relação aos idosos do sexo masculino (5,9 problemas por utente). Isto pode dever-se ao facto de se terem coligido as tabelas de problemas que constavam dos registos habituais de consulta. Uma vez que as doentes são tradicionalmente mais utilizadoras da consulta, esta assiduidade pode gerar mais oportunidades de diagnóstico.

**Comentário:** No envelhecimento, a capacidade de reparação após uma lesão é cada vez mais difícil e deixa de ser eficiente à medida que a idade avança, desencadeando uma resposta patológica. Um médico que siga uma população em idade geriátrica deve ter atenção este aspecto, pois, como referem Oliveira *et al* (2014), «durante o envelhecimento, tanto as doenças crónicas como os estados de debilidade física constituem factores de desequilíbrio major, podendo repercutir-se na qualidade de vida, não tanto por acção directa de cada doença, mas, sobretudo, pela interferência nas capacidades funcionais e na autonomia do indivíduo».

É, portanto, fundamental o correcto diagnóstico dos múltiplos problemas do utente em idade geriátrica, quadros clínicos que cursam frequentemente com queixas vagas e inespecíficas, podendo erradamente ser atribuídos ao simples envelhecimento “normal”, tanto pelo médico como pelo próprio idoso.

Esta pluripatologia devia ser tida em conta quando médicos e entidades responsáveis programam os tempos de consulta previstos para o atendimento. Dada a especificidade e multiplicidade de procedimentos na consulta de um doente geriátrico, os médicos não podem estar condicionados pelos mesmos 10 a 15 minutos comumente reservados para a generalidade da população. No entanto, é o que acontece em todas as unidades de cuidados primários e hospitais onde trabalhei.

Existem cinco grupos de patologias que, pela sua expressão numérica, se tornam mais relevantes na população estudada. Analisando minuciosamente os diferentes grupos, podemos verificar quais os problemas específicos mais frequentes. Vamos analisar os diversos grupos-problema por ordem decrescente de prevalência.

**Nota:** dada a sua importância e especificidade, a patologia neoplásica de todos os sistemas será tratada conjuntamente no final desta exposição.

As patologias do sistema circulatório constituem o grupo-problema mais representativo na população estudada, o que está de acordo com Ferreira *et al* (2014) que nos dizem que «as patologias cardiovasculares condicionam cerca de um terço da procura de assistência médica nesta população».

**Quadro XIII** – Patologias do Sistema Circulatório

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
K86/K87	Hipertensão sem/com complicações	68	106	174	80,5
K95	Patologia varicosa	5	24	29	13,4
K78	Fibrilhação auricular	9	13	22	10,2
K80	Outras arritmias	9	10	19	8,8
K77	Insuficiência cardíaca	6	12	18	8,3
K90	Acidente vascular cerebral	7	6	13	6
K74	Doença cardíaca isquémica com angina	3	5	8	3,7
K83	Doença valvular cardíaca	5	3	8	3,7
K96	Hemorróidas	2	3	5	2,3

O problema mais representativo deste grupo (e o mais prevalente nesta população de 216 idosos) é a patologia hipertensiva, atingindo 174 utentes (85% dos homens e 77,9% das mulheres, ou seja, 80,5% do total de idosos). A sua média de idades é de 75,5 anos.

Esta patologia surge muito destacada das patologias seguintes, como as varizes dos membros inferiores, arritmias ou insuficiência cardíaca, que atingem entre 13,4% e 8,3% do total da população estudada.

**Comentário:** Estes dados enfatizam a necessidade do correcto diagnóstico e tratamento da HTA. Os mesmos autores referem estar «a HTA associada a um aumento da mortalidade e morbidade cardiovascular, sendo um factor de risco para várias doenças, nomeadamente, doença coronária, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e insuficiência renal, que se mantém mesmo na população mais idosa». Outro autor, Abdelhafiz (2012), vai mais longe e quantifica a importância da HTA dizendo que «reduz a esperança média de vida em sete anos».

Mas, relativamente ao raciocínio médico em Geriatria, é necessário evitar cair em algumas armadilhas recorrentes. Na generalidade da população, quando os médicos pensam em “doenças cardiovasculares” pensam automaticamente em “aumento de mortalidade”. Numa população idosa há que ter o cuidado de considerar «não só o aumento de mortalidade inerente, mas sobretudo o significativo impacto que as patologias cardiovasculares podem ter na qualidade de

vida devido à diminuição da tolerância ao exercício» (Abdelhafiz, 2012). Sendo a HTA um potenciador para uma “cascata cardiovascular patológica” tendencialmente crescente com a idade, podemos perspectivar os potenciais benefícios resultantes do seu adequado diagnóstico e tratamento pelos Médicos de Família.

O segundo grupo-problema mais representativo é o grupo das patologias do sistema endócrino, metabólico e nutricional. Isto deve-se a duas patologias muito prevalentes, nomeadamente a dislipidémia e a diabetes mellitus, afectando respectivamente 71,3% e 27,3% do total da população estudada. No que respeita à incidência por sexos verifica-se que a dislipidémia está diagnosticada em 72,8% das mulheres e 68,8% dos homens; na diabetes mellitus encontramos a relação inversa, uma vez que atinge 28,8% dos homens e 26,5% das mulheres. A média de idades dos doentes atingidos é 74,5 anos na dislipidémia e 76,9 anos na diabetes mellitus.

**Quadro XIV** - Patologias do sistema endócrino, metabólico e nutricional

<b>Código</b>	<b>Problema de Saúde</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>	<b>% (n=216)</b>
T93	Alteração do metabolismo dos lípidos	55	99	154	71,3
T90	Diabetes mellitus	23	36	59	27,3
T92	Hiperuricémia	13	5	18	8,3
T86	Hipotiroidismo	1	8	9	4,2
T81	Bócio	1	8	9	4,2

**Comentário:** Segundo Almeida (2014) «tem sido largamente consensual que a dislipidémia (hipercolesterolémia, hipertrigliceridémia, aumento do colesterol LDL e diminuição do HDL) mantida ao longo dos anos é um factor determinante na génese da aterosclerose». Por aqui percebemos a importância da identificação e controlo desta patologia, pois «mais de 90% dos casos de patologia arterial periférica são devidos a aterosclerose, a prevalência aumentando decididamente em idades mais avançadas».

No entanto, para a formação da aterosclerose concorre uma interligação multifactorial em que «a obesidade e a diabetes mellitus também são importantes». Constatamos que todas as patologias enunciadas nesta descrição convergem no aparecimento da aterosclerose e patologia arterial periférica, doença que «é sobretudo de andares etários mais elevados e central na Geriatria» (Almeida, 2014).

As patologias do grupo músculo-esquelético constituem o terceiro grupo-problema mais frequente, e a sua distribuição é ilustrada pelo seguinte quadro:



**Quadro XV** – Patologias do sistema músculo-esquelético

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
L91	Outras Osteoartroses	27	62	89	41,2
L90	Osteoartrose do joelho	12	29	41	18,9
L95	Osteoporose	-	31	31	14,3
L89	Osteoartrose da anca	11	18	29	13,4
L86	Síndrome vertebral com irradiação de dores	7	12	19	8,8
L87	Bursite/Tendinite/Sinovite	2	5	7	3,2
L88	Artrite reumatóide	-	2	2	0,9

A osteoartrose generalizada da coluna e de pequenas articulações são as patologias mais prevalentes deste grupo (41,2%). Estão diagnosticadas em 45,6% das mulheres e 33,8% dos homens. A média de idades destes idosos é de 76 anos.

A osteoartrose torna-se uma patologia ainda mais importante se tivermos em consideração o atingimento de grandes articulações como o joelho (18,9% dos idosos) e anca (13,4%). No somatório geral, concluímos que a patologia osteoartrótica atinge 73,5% do total da população estudada.

**Comentário:** Tratando-se de doenças crónica e não fatais, «as doenças músculo-esqueléticas têm sobretudo um impacto decisivo na qualidade de vida. O aumento da esperança média de vida, com conseqüente envelhecimento gradual das populações, torna a sua importância social cada vez maior. O sistema musculo esquelético não escapa aos efeitos do envelhecimento e está exposto a riscos adicionais de dano cumulativo por trauma e patologia espontânea» (Carvalho *et al*, 2014).

Esta última noção de trauma e dano cumulativo é especialmente importante num contexto em que, com a idade, «as diminuições da força muscular, da coordenação motora e das funções cognitivas, aumentam o risco de deterioração por desuso e a incidência de quedas, cujas conseqüências podem ser desastrosas na idade avançada. As alterações biológicas próprias da idade resultam também na perda progressiva de massa óssea e da resistência do osso, facilitando a ocorrência de fracturas de fragilidade» (Carvalho *et al*, 2014). Neste contexto, é fundamental o correcto diagnóstico e tratamento da terceira patologia músculo-esquelética mais prevalente, a osteoporose, documentada em 14,3% dos utentes estudados.

O quarto grupo-problema mais frequente é o das patologias oftalmológicas, e a sua distribuição é a seguinte:

**Quadro XVI – Patologias oftalmológicas**

<b>Código</b>	<b>Problema de Saúde</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>	<b>% (n=216)</b>
F91	Erro refracção	37	74	111	51,4
F92	Cataratas	15	21	36	16,6
F93	Glaucoma	6	18	24	11,1
F94	Cegueira	4	6	10	4,6
F83	Retinopatia	1	3	4	1,9

O problema mais frequente neste grupo é a patologia refractiva (51,4% dos idosos), seguida das cataratas (16,6%) e do glaucoma (11,1%). Nestas três patologias regista-se um escalonamento etário crescente, sendo a média de idades dos idosos com patologia refractiva a mais baixa, com 74 anos, enquanto média de idades dos utentes com cataratas aumenta para 77,6 anos e a dos idosos com glaucoma para 78,1 anos.

**Comentário:** O envelhecimento ocular é um processo de evolução contínua, e a perda de visão relacionada com a idade é um aspecto inexorável que pode ter impacto e interferência na qualidade de vida do idoso. Como nos diz Proença (2014), «é sobretudo a manutenção da autonomia durante a velhice que está em causa. A deterioração da visão modifica o estilo de vida do idoso, afectando principalmente a leitura, a comunicação e a condução automóvel, além de aumentar o risco de quedas e fracturas. A diminuição da visão aumenta em duas vezes o risco de queda, em três o risco de depressão, de quatro a oito vezes o risco de fractura da anca, favorece um ingresso mais precoce em lares e aumenta duas vezes a dependência social».

Voltaremos a este tema mais adiante, quando esmiuçarmos, nos 216 utentes estudados, a percepção que têm acerca do funcionamento de alguns dos seus órgãos dos sentidos.

O quinto grupo-problema mais frequente é o das patologias do foro psicológico e a sua prevalência distribui-se da seguinte forma:

Quadro XVII – Patologias do foro psicológico

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
P74	Ansiedade	14	46	60	27,7
P76	Perturbação depressiva	7	41	48	22,2
P15	Abuso crónico do álcool	20	3	23	10,6
P17	Abuso do tabaco	1	1	2	0,9
P98	Psicose	1	1	2	0,9
P85	Atraso mental	-	1	1	0,5

As principais patologias deste foro são a ansiedade (27,7% dos idosos), a patologia depressiva (22,2%) e o abuso crónico do álcool (10,6%). Regista-se um escalonamento etário decrescente, com a média de idades dos idosos com ansiedade a ser a mais elevada com 76 anos, a da perturbação depressiva a diminuir para 75,6 anos e a do abuso de álcool a ser a mais baixa com 72,6 anos.

O abuso crónico do álcool é dos diagnósticos onde se regista a maior assimetria entre sexos, verificando-se em 25% dos homens e apenas 2,2% das mulheres.

**Comentário:** De todos os grupos-problema este é aquele que poderá estar mais subdiagnosticado na população estudada. Existem inúmeros entraves à correcta identificação da patologia mental na consulta de MGF ao idoso. Como nos dizem Firmino *et al* (2014), «a variabilidade interindividual entre as pessoas mais velhas é superior à verificada noutros grupos etários. Com o passar dos anos e o acumular de experiências, as diferenças de base entre os indivíduos acentuam-se, sublinhando competências ou incapacidades cuja base genética em interacção com o meio permite expressar». Por outro lado, os problemas psicológicos das pessoas mais velhas não são, habitualmente, o motivo primário que leva o doente ou a sua família a procurar ajuda e, por isso, não são o alvo primário do diagnóstico. A identificação dos problemas de saúde mental nos idosos faz-se muitas vezes de forma não sistemática, sendo apenas considerada após a exclusão de doenças orgânicas ou quando as famílias detectam comportamentos “anormais”.

O envelhecimento constitui um período de crise do ser humano, relacionado directa ou indirectamente com as dificuldades surgidas nesta fase da vida. As pessoas mais velhas apresentam «um risco acrescido para as perturbações de ansiedade e para isso contribuem a fragilidade crescente, a presença de doenças orgânicas e as perdas globais que levam a um sentimento de vulnerabilidade e medo». A somatização das perturbações de ansiedade nas pessoas mais velhas tem grande impacto nos custos com a saúde, levando a múltiplas consultas, investigações e hospitalizações.

Relativamente à patologia depressiva, como nos dizem novamente Firmino *et al* (2014), «sabemos que é uma síndrome complexa e de etiologia multifactorial. Se esta afirmação é válida para praticamente todas as doenças psiquiátricas, nas pessoas mais velhas ela assume particular relevância, atendendo às mudanças no enquadramento social, às alterações neuroendócrinas e à multiplicidade de patologias médicas concomitantes».

Voltaremos a esta patologia mais adiante, quando analisarmos os dados relativos à aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage na população estudada.

O sexto grupo-problema mais representativo é o grupo das patologias do sistema digestivo.

**Quadro XVIII** – Patologias do sistema digestivo

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
D87	Alteração funcional do estômago	9	26	35	16,2
D85	Úlcera duodenal	4	2	6	2,7
D92	Doença diverticular intestinal	-	3	3	1,4
D98	Colelitíase	2	-	2	0,9
D84	Doença do esófago (Acalásia)	-	1	1	0,5
D90	Hérnia do hiato	-	1	1	0,5
D89	Hérnia inguinal	1	-	1	0,5
D86	Úlcera péptica (outra)	1	-	1	0,5
D97	Doença de fígado NE (Hepatopatia alcoólica)	1	-	1	0,5

A patologia mais representativa deste grupo é a “alteração funcional do estômago”, código ICPC-2 que inclui os itens “dilatação aguda/Duodenite/Gastrite”, diagnosticados em 16,2% dos idosos estudados (19,1% das mulheres e 11,2% dos homens), sendo a média de idades de 75,7 anos.

As restantes patologias são menos prevalentes, encontrando-se a úlcera duodenal em 2,7% dos idosos (5% dos homens e 1,5% das mulheres).

**Comentário:** Ao diagnosticar patologias deste grupo deparamos com inúmeras variáveis de confundimento. Desde logo, a extensão do sistema digestivo com diferenciação das várias regiões ao longo do seu percurso, cada uma com a sua função, incluindo vários órgãos ou glândulas, podendo ser fonte de inúmeras manifestações do envelhecimento. Essas alterações podem ser mal identificadas como patológicas, não só pelos idosos, mas também por clínicos e, por outro lado, alterações patológicas podem erradamente ser encaradas como normais. Citamos Correia *et al*

(2014) que nos lembram que o envelhecimento se pode associar a «perda de peças dentárias, menor secreção salivar, alterações de apetite e do paladar (por vezes até condicionadas por fármacos), menor coordenação neuromuscular do esófago e perda de motilidade cólica».

Quer se trate de manifestações naturais do envelhecimento, de patologia gastrointestinal ou de iatrogenia medicamentosa, as alterações gastrointestinais podem interferir no estado nutricional do idoso, constituindo um aspecto central em Geriatria que deve ser uma das principais preocupações do médico assistente.

O sétimo grupo-problema mais representativo na população estudada, foi o grupo das patologias do sistema respiratório.

**Quadro XIX** – Patologias do sistema respiratório

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
R95	DPOC	8	9	17	7,8
R97	Rinite alérgica	8	5	13	6
R75	Sinusite crónica/aguda	3	6	9	4,1
P06	SAOS	6	-	6	2,7
A70	Tuberculose	2	1	3	1,4
R96	Asma	-	2	2	0,9

Duas patologias deste grupo se destacam, nomeadamente, a DPOC (7,8% dos idosos) e a rinite alérgica (6%). Relativamente aos idosos com DPOC, uma análise mais pormenorizada revela que esta patologia afectava 10% dos homens e 6,6% das mulheres, a média de idades era de 79,5 anos, e nenhum destes indivíduos apresentava hábitos tabágicos; a maioria eram agricultores e trabalhadoras domésticas, havendo um operário fabril.

Os três casos assinalados como tuberculose não apresentavam tuberculose activa mas antecedentes desta patologia. A manutenção da sua sinalização representa sobretudo uma intenção de precaução e vigilância muito verbalizada pelos próprios doentes.

**Comentário:** Tal como o sistema digestivo, o sistema respiratório constitui uma das principais interfaces entre o ambiente externo e interno. Com o envelhecimento desenvolvem-se alterações estruturais e funcionais do aparelho respiratório, determinando maior susceptibilidade dos doentes mais velhos aos diversos estímulos e agressões. Segundo Cordeiro (2014), «a função respiratória vai-se deteriorando com a idade, sendo ainda agravada pela exposição a agentes oxidantes (ex: fumo do tabaco) e com a inflamação local associada a quadros clínicos respiratórios

ou sistémicos, sendo relevante a diminuição da capacidade antioxidante associada ao envelhecimento». Na população mais idosa, também se registam importantes alterações anatómicas que contribuem para a diminuição do reflexo da tosse e da *clearance* das vias aéreas, como a diminuição da eficácia da musculatura respiratória, aumento da rigidez da caixa torácica, perda da estrutura de suporte do parênquima pulmonar. A estas alterações acrescem as modificações observadas com o envelhecimento na resposta imunoinflamatória, com repercussão nas imunidades inata e adquirida. Desta forma, «todo este ajuste contribui, assim, para uma maior susceptibilidade às agressões internas e externas, diminuindo a capacidade defensiva e de adaptação do aparelho respiratório e promovendo o aparecimento de diversos quadros clínicos».

O oitavo grupo-problema mais representativo na população estudada, é o grupo das patologias do foro neurológico.

**Quadro XX** – Patologias do foro neurológico

<b>Código</b>	<b>Problema de Saúde</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>	<b>% (n=216)</b>
P70	Demência	3	11	14	6,5
N93	Síndrome túnel cárpico	2	5	7	3,2
N87	Parkinsonismo	2	4	6	2,7
H82	Síndrome Vertiginoso	-	4	4	1,9
N88	Epilepsia	-	1	1	0,5

A patologia mais representativa deste grupo é a demência. No início do estudo estava diagnosticada em 6,5% dos idosos estudados.

**Comentário:** Posso afirmar que antes da realização dos questionários existiria uma percentagem assinalável de casos de demência subdiagnosticados. Este ponto será explicado detalhadamente mais adiante quando forem expostos os dados resultantes da aplicação do *Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein*, pois a aplicação desta escala implicou um aumento de cerca de 50% de casos de possível défice cognitivo.

Neste contexto compreende-se, como nos diz Santana (2014), que «o grande desafio numa consulta na população mais velha esteja actualmente no rastreio e diagnóstico mais precoce do declínio cognitivo. Este exercício implica uma caracterização abrangente, mas também objectiva (definição dos seus limites) do envelhecimento fisiológico ou normal, em oposição às situações de declínio patológico – a demência nas suas principais formas».

O nono grupo-problema mais representativo nos doentes estudados, foi o grupo das patologias do sistema urinário.

**Quadro XXI – Patologias do sistema urinário**

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
U04	Incontinência urinária	-	16	16	7,4
U95	Cálculo urinário	4	3	7	3,2
U99	Outra doença urinária (Doença renal crónica)	1	2	3	1,4
U78	Quisto renal	-	3	3	1,4

O problema mais representativo deste grupo foi a incontinência urinária, diagnosticada em 7,4% dos idosos, todos casos do sexo feminino entre os 66 e 92 anos (média de 75,3 anos).

**Comentário:** Para o rastreio e diagnóstico da incontinência urinária muito contribuiu a quinta questão da Escala de Katz (actividades de vida diária básicas), o que ilustra bem a utilidade da aplicação de escalas na AGG.

Os dados obtidos na prevalência desta patologia nos idosos estudados são concordantes com o descrito por Mota *et al* (2014) que estimam «mais de 60 milhões de pessoas com incontinência urinária em todo o mundo. É mais frequente no sexo feminino (2 a 5 para 1), sendo a sua prevalência de 5 a 15% em mulheres de meia idade e idosas. Acima dos 70 anos, estima-se que 15 a 30% das mulheres apresentem esta patologia».

O décimo grupo-problema mais relevante na população estudada, foi o das patologias do aparelho genital feminino.

**Quadro XXII – Patologias do aparelho genital feminino**

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
X78	Mioma uterino	-	6	6	2,7
X87	Prolapso útero-vaginal	-	3	3	1,4
X88	Doença fibroquística da mama	-	2	2	0,9

**Comentário:** Embora, por razões óbvias, todos os problemas deste grupo se registem em elementos do sexo feminino, os cálculos de prevalência das patologias realizaram-se para o

número total da lista. Este é um “viés” deliberado, por duas razões. Em primeiro lugar, o objectivo desta parte do relatório é avaliar a prevalência das diversas patologias na totalidade da lista de utentes e não somente em subgrupos. Em segundo lugar, mais adiante faremos o estudo de todas as neoplasias da população estudada, e seria algo confuso comparar taxas por subpopulações, com ordens de grandeza talvez enganadoras.

O décimo-primeiro grupo-problema mais prevalente, foi o grupo das patologias do ouvido.

**Quadro XXIII – Patologias do ouvido**

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
H86	Surdez	7	17	24	11,1
H83	Otosclerose	-	1	1	0,5

O problema mais frequente deste grupo foi a surdez, que constava dos registos iniciais de consulta de 11,1% dos 216 idosos, antes da aplicação dos questionários.

**Comentário:** Refiro novamente a probabilidade de grande número de subdiagnósticos. Voltaremos a este tema mais adiante, quando considerarmos para os 216 idosos estudados qual a percepção que têm acerca do funcionamento de alguns dos seus órgãos dos sentidos, uma vez que foram feitas questões aos utentes dirigidas a esse aspecto.

O décimo-segundo grupo-problema mais frequente, foi o das patologias do aparelho genital masculino.

**Quadro XXIV – Patologias do aparelho genital masculino**

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
Y85	Hipertrofia prostática benigna	17	-	17	7,9
Y33	Prostatite crónica	1	-	1	0,5

A patologia mais prevalente foi a hipertrofia prostática benigna, atingindo 17 doentes.

**Comentário:** Neste ponto são válidas as mesmas observações que fizemos relativamente aos cálculos para as patologias do aparelho genital feminino.



O décimo-terceiro grupo-problema mais frequente, foi o das patologias da pele, com o menor número de patologias registadas.

**Quadro XXV – Patologias da pele**

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
S91	Psoríase	1	-	1	0,5
S80	Queratose actínica	1	-	1	0,5

Iremos agora considerar um grupo em que incluímos toda a patologia neoplásica encontrada nos registos dos 216 utentes estudados. A distribuição destas patologias é a seguinte.

**Quadro XXVI – Patologia neoplásica**

Código	Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
X76	Neoplasia da mama	-	13	13	6
D75	Neoplasia do colon/recto	4	2	6	2,7
Y77	Neoplasia da próstata	3	-	3	1,4
D74	Neoplasia gástrica	3	-	3	1,4
X77	Neoplasia da vulva	-	1	1	0,5
X77	Neoplasia do ovário	-	1	1	0,5
X77	Neoplasia do endométrio	-	1	1	0,5
R84	Neoplasia pulmonar	-	1	1	0,5
B74	Síndrome mielodisplásico	-	1	1	0,5
U76	Neoplasia vesical	1	-	1	0,5
D77	Neoplasia da boca	1	-	1	0,5
T71	Neoplasia da tiroide	-	1	1	0,5
S77	Carcinoma espinhocelular	-	1	1	0,5
R85	Neoplasia da laringe	1	-	1	0,5
<b>Total</b>		13	22	35	

Nos idosos estudados registaram-se 35 casos de neoplasia, sendo os mais frequentes a neoplasia da mama (13 utentes do sexo feminino, com média de idades de 73,8 anos), neoplasia do colon (4 utentes do sexo masculino e 2 utentes do sexo feminino; média de idades de 77,1 anos), neoplasia da próstata (3 utentes, sendo a média de idades de 73,3 anos) e neoplasia gástrica (3 casos, todos do sexo masculino, com média de idades de 71,3 anos). Para as restantes neoplasias identificadas verificou-se um caso por cada patologia.

**Comentário:** O envelhecimento progressivo da população é acompanhado por um aumento da incidência de cancro. Segundo Pimentel *et al* (2014), «mais de 60% de todas as neoplasias

ocorrem após os 65 anos. Mais de dois terços das mortes por cancro verificam-se em doentes com mais de 65 anos». Esta prevalência é tal, que verificámos a existência de três idosos apresentando antecedentes de mais de uma neoplasia (em tempos diferentes), nomeadamente, um utente do sexo masculino com antecedentes de neoplasia do colon e neoplasia da boca, uma utente do sexo feminino com antecedentes de neoplasia do colon e da mama, outra utente do sexo feminino com antecedentes de neoplasia da tiroide e da mama.

Após alguns anos a amadurecer ideias e a conhecer outras formas de fazer as coisas, confesso que, agora, talvez fizesse a recolha e registo destes dados de uma forma diferente, mais optimizada. Um aspecto a melhorar seria o registo da idade de aparecimento das neoplasias, de forma a saber quais surgiram antes dos 65 anos ou após esta idade. Outro seria o registo das neoplasias “activas”, quais as que estavam em “vigilância” e quais as que se poderiam considerar “curadas”. De qualquer forma, tal não era o objectivo principal desta parte do trabalho, que consistia em registar, quantificar e qualificar de forma sumária as patologias que se encontravam na população mais velha. Mas agora, ao longo de quase vinte anos a trabalhar como Médico de Família, percebo que, de todas as patologias que podem surgir no ser humano, a patologia neoplásica talvez seja aquela que provoca uma maior sensação de perda ao confrontar-nos com uma morte anunciada.

Os idosos com cancro vêem a sua esperança de vida abruptamente amputada quando ela já se encontra relativamente perto do fim. Este é um factor importante no diagnóstico e tratamento do cancro nesta faixa etária. Como nos dizem novamente Pimentel *et al* (2014), «muitos factores contribuem para o subtratamento do doente idoso; alguns ocorrem antes da consulta com o oncologista e devem-se a conceitos erróneos sobre esperança de vida do idoso, benefícios terapêuticos e riscos inerentes ao tratamento».

Em resumo, as dez patologias mais frequentes nos utentes estudados, são, por ordem decrescente de prevalência:

**Quadro XXVII** – As dez patologias mais frequentes nos idosos estudados

<b>Código</b>	<b>Problema de Saúde</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>	<b>% (n=216)</b>
K86/K87	Hipertensão sem/com complicações	68	106	174	80,5
T93	Alteração do metabolismo dos lípidos	55	99	154	71,3
F91	Erro refracção	37	74	111	51,4
L91	Outras Osteoartroses	27	62	89	41,2
P74	Ansiedade	14	46	60	27,7
T90	Diabetes mellitus	23	36	59	27,3
P76	Perturbação depressiva	7	41	48	22,2
L90	Osteoartrose do joelho	12	29	41	18,9
F92	Cataratas	15	21	36	16,6
D87	Alteração funcional do estômago	9	26	35	16,2

## **9.12 – Da percepção que o idoso tem do funcionamento dos órgãos dos sentidos e da mastigação**

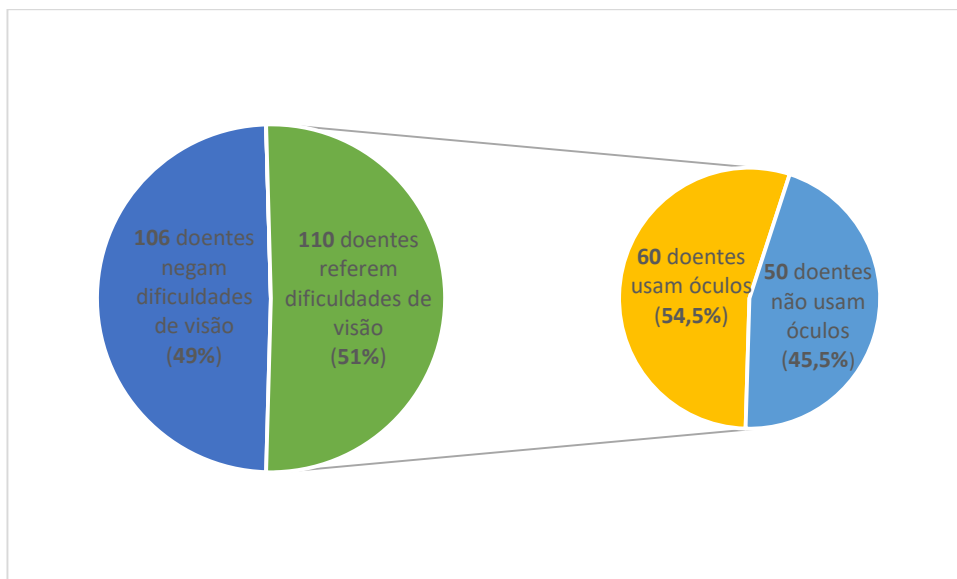
Acabámos de analisar a prevalência das patologias diagnosticadas e documentadas no processo clínico dos utentes. Mas, por vezes, o que está documentado em processo clínico pode ficar aquém da realidade. Os utentes podem considerar algumas alterações patológicas como sendo “normais” ou “próprias dos velhos” e não se queixar nem referir esses problemas ao seu médico. De certa forma, é como se as pessoas se acomodassem à dificuldade. Assim, alterações com grande impacto na qualidade de vida dos utentes geriátricos são por estes consideradas normais e expectáveis. Se o médico não estiver atento e não procurar, não encontra! Isso pode ter grandes implicações no diagnóstico e tratamento de condições clínicas com potencial de resolução, melhorando a qualidade de vida do idoso.

Na prática clínica encontro recorrentemente três condições na população idosa que, sendo em teoria muito fáceis de resolver, podem revelar-se de uma dificuldade extrema: a diminuição da acuidade visual, a diminuição da acuidade auditiva e a dificuldade na mastigação. Estas três funções são fundamentais para a independência do idoso nas suas actividades de vida diária (quer as básicas ou as instrumentais), como constataremos quando a seu tempo discutirmos as escalas de Katz e Lawton & Brody.

Para detectar estes problemas foram criados nos questionários campos específicos para dificuldades na visão, audição e mastigação. No que diz respeito à visão, também eram aplicadas escalas de visão para detectar ou confirmar eventuais défices. Para as três áreas registava-se se os idosos usavam óculos/lentes de correcção, prótese auditiva ou prótese dentária.

### **9.12.1 – Do funcionamento da visão**

No que diz respeito à percepção que os idosos têm do funcionamento do seu sentido da visão, os resultados obtidos foram os seguintes:



**Figura 9** – Idosos que referem dificuldade de visão e, destes, quais os que usam óculos

A maioria dos utentes referia dificuldades de visão (110 idosos, constituindo 51% do total). Destes, 45,5% não usavam óculos ou lentes de correcção (50 idosos).

**Comentário:** Até certo ponto, os défices de visão são passíveis de qualificação e quantificação pelo Médico de Família, uma vez que é possível usar escalas de visão de Snellen (versão clássica ou a versão para analfabetos) no gabinete. Mas, após confirmação do défice visual os idosos devem ser referenciados a um Oftalmologista. Esta referenciação pode ser realizada de três formas: 1) solicitar uma consulta de Oftalmologia em hospitais do SNS via Alert P1; 2) emitir uma credencial para ser utilizada em oftalmologistas convencionados; 3) consultas privadas de oftalmologia. Não quantifiquei estas três soluções, mas tenho a noção empírica de que a mais usada era a consulta por oftalmologistas convencionados com credencial emitida pelo Médico de Família, o que se explica pela extrema demora dos pedidos de consulta para os hospitais via AlertP1 e pelas dificuldades económicas dos utentes.

Também as dificuldades económicas explicam o facto de 50 idosos não usarem óculos ou lentes de correcção, apesar de referirem dificuldades de visão. Com efeito, o SNS não comparticipa o acesso a estes auxiliares essenciais para o bem-estar dos utentes.

Compreendemos melhor a gravidade implícita nestes resultados através de Tumosa (2012), que nos diz existir «uma associação bem documentada entre défice visual e mortalidade. E, porque o défice visual pode ser uma variável que prediz a mortalidade, uma melhor compreensão dos seus

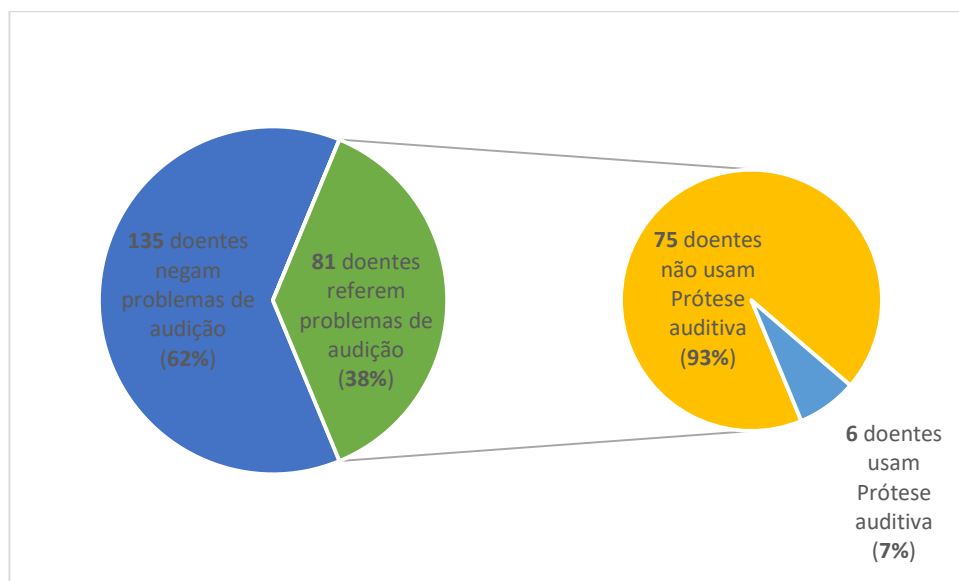
factores de risco e tratamentos, pode ajudar os médicos a proporcionar uma melhor assistência aos doentes mais velhos».

Nas pessoas mais velhas o défice visual tem um interesse particularmente relevante devido à dramática redução que pode provocar na qualidade de vida. Os idosos que não vêem correctamente são forçados a deixar de conduzir, têm dificuldade a caminhar e a sair de casa, deixando de participar em actividades sociais. Deixam de conseguir realizar actividades de vida diária como vestir-se, ir às compras, tomar banho. A baixa de visão interfere até com a toma correcta da medicação. Já para não falar de que constitui um grande factor de risco para quedas e fracturas, que, por sua vez são uma das maiores causas para a institucionalização dos idosos. Além disso, segundo a mesma autora, «os défices de visão apresentam grandes comorbilidades, nomeadamente com os quadros demenciais, depressão, delírio, e, atingimento de outros órgãos dos sentidos como a audição e perda de equilíbrio».

Outro autor, Proença (2014), refere que «o ganho de uma ou duas linhas de visão pode contribuir para a independência do idoso. Se esse ganho for na visão de perto, pode permitir a leitura, o que permite a manutenção do contacto com o mundo». No entanto, lembremo-nos que na população estudada havia uma taxa de analfabetismo de 23% e, logicamente, este grupo de utentes não terá hábitos de leitura. Pode aqui residir outra razão que contribua para que parte da população não use (ou não sinta necessidade de usar) óculos ou lentes de correcção?

### **9.12.2 – Do funcionamento da audição**

Quando analisamos a percepção que os idosos têm do funcionamento do seu sentido da audição, os resultados obtidos são os seguintes:



**Figura 10** – Idosos que referem dificuldades na audição e, destes, quais os que usam aparelho auditivo

Uma parte significativa da população estudada refere problemas de audição (81 idosos, correspondendo a 38% do total). Destes, a esmagadora maioria não usa prótese auditiva (75 utentes), sendo que, apenas 6 idosos a usam.

**Comentário:** Não é fácil avaliar o sistema auditivo num gabinete de MGF. Algumas formas descritas como, fazer o utente escutar o tique-taque de um relógio que se afasta gradualmente, a voz ciciada ou o uso de um diapasão parecem muito bem nos livros de semiologia médica e poderão ter alguma utilidade pontual, mas são de difícil quantificação. No fim de contas, quando o utente - ou alguém por ele - percebe que existem problemas de audição, tudo se resume à necessidade de uma consulta de Otorrinolaringologia, e realização de um timpanograma e um audiograma.

Antes de realizarmos a AGG, a surdez estava documentada no processo clínico de apenas 24 idosos. Depois da aplicação dos questionários verificámos que 81 idosos referiam dificuldades de audição, sendo eventuais casos de surdez a considerar. Se for constatada surdez *de facto* em todos estes idosos após a avaliação audiológica, o simples acto de questionarmos directamente os utentes acerca de perda de audição terá aumentado o diagnóstico desta patologia em 337,5%.

Esta questão é fundamental, tanto mais que, segundo Marx *et al* (2012) «a diminuição da audição relacionada com a idade é uma das condições mais prevalentes nos mais velhos e tem grande impacto social. Esta condição tem tradicionalmente sido subestimada, dado que, para muitos é

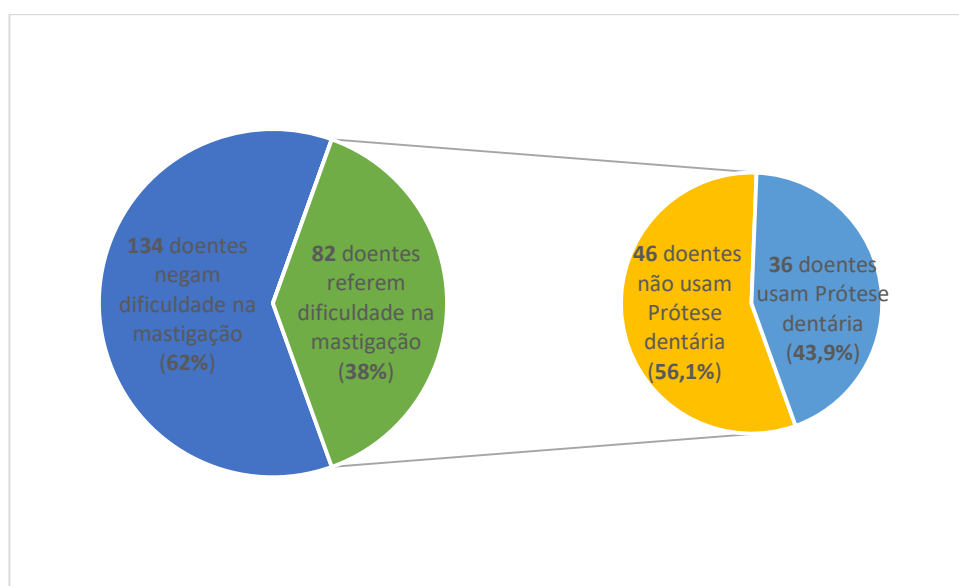
“normal” haver défice auditivo com o envelhecimento». Desta forma, a menos que o problema seja severo, os doentes tendem a não procurar ajuda e os médicos tendem a não a oferecer.

Os mesmos autores lembram-nos que «acidentes provocados por défice de audição são frequentes, e a incapacidade de comunicação gera frustração e isolamento que pode contribuir para depressão e défice cognitivo». A prevenção destas consequências adversas é necessária e possível através de medidas reabilitativas que mostraram ter impacto na qualidade de vida. Terminam dizendo que «melhorar o rastreio e a reabilitação dos défices auditivos deve tornar-se uma prioridade de saúde pública».

No mundo real verifica-se algo de muito parecido com o que se passa nas patologias da visão, só que para pior. As consultas ORL pedidas através do Alert P1 têm cerca de 2 anos de espera. Os audiogramas e timpanogramas não são comparticipados pelo SNS quando solicitados pelos Médicos de Família. As próteses auditivas são proibitivamente dispendiosas para muitos utentes. Isso explica o facto de boa parte dos idosos não recorrer às consultas ORL para confirmação da surdez e muitos não usarem prótese auditiva.

### 9.12.3 – Do funcionamento da mastigação

No que respeita à percepção que os idosos têm do funcionamento da sua capacidade mastigatória, os dados obtidos foram os seguintes:



**Figura 11** – Idosos que referem dificuldade na mastigação e, destes, quais os que usam prótese dentária

Constatamos que 82 idosos referem dificuldades na mastigação (38% do total). Destes, a grande maioria não usa prótese dentária (46 utentes), estando o seu uso reduzido a 36 idosos.

**Comentário:** A mastigação é fundamental para a correcta digestão e influencia o aporte de nutrientes. O idoso com dificuldades de mastigação tende a evitar alimentos de maior consistência. Além de poderem conduzir ao défice nutricional (como no caso das proteínas, abundantes na carne), as dificuldades de mastigação induzem uma monotonia alimentar que se pode reflectir em anorexia e levar a uma maior debilidade.

Uma boa função mastigatória é indissociável de uma boa saúde oral e dentária. Importa manter ao longo da vida uma correcta higiene dentária e visitas regulares ao dentista ou estomatologista. Mais uma vez, o problema repete-se. Os tratamentos no dentista podem ser muito dispendiosos e implicar procedimentos como implantes dentários ou próteses que os utentes com carências económicas não conseguem pagar. As consultas de estomatologia solicitadas via Alert P1 para os hospitais do SNS têm uma lista de espera de vários anos. E, quando a consulta surge, é dito aos idosos que a sua patologia não justifica seguimento num hospital público devendo estes recorrer a um consultório privado.



### 9.13 - Dos Hábitos Medicamentosos dos idosos estudados

No capítulo precedente ficou bem explícito que, com a idade e o envelhecimento inerente, surgem patologias simultaneamente com alterações fisiológicas. Estas duas vias – a patológica e a fisiológica – potenciam-se para agravar a qualidade de vida do idoso, surgindo queixas na consulta médica e certa pressão para a milagrosa e redentora prescrição.

A este propósito, Ribeiro (2014) lembra-nos que «na terapêutica do idoso, um dos primeiros objectivos é a melhoria da qualidade de vida; mas, se não é possível o tratamento etiológico, devem aliviar-se os sintomas com medidas simples, que podem incluir ou não o uso de fármacos. Se são necessários medicamentos, deve estar-se seguro do efeito potencial da idade na farmacocinética e na farmacodinâmica, estando atento às interações e às reacções adversas. No idoso, são por vezes prescritos demasiados fármacos, tornando-se necessário, muitas vezes hierarquizar as necessidades».

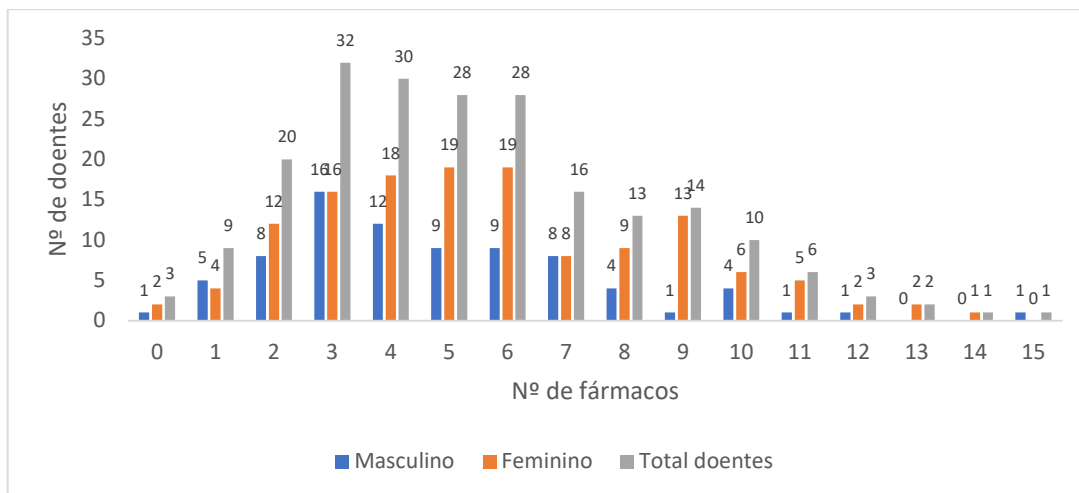
Dada a sua importância, iremos iniciar a análise dos utentes estudados no que diz respeito às suas prescrições.

#### 9.13.1 - Do número de fármacos

Começemos por esclarecer a nomenclatura em jogo. Não existem fármacos “agudos” nem fármacos “crónicos”; existem fármacos. Mas existem prescrições para doença aguda e prescrições para doença crónica. Vamos debruçar-nos sobre estas últimas pois são as que motivam o maior volume de prescrição no idoso dada a pluripatologia crónica desta faixa etária. Uma parte significativa do trabalho de um Médico de Família consiste na renovação do receituário crónico dos utentes, sendo uma actividade fundamental na monitorização das terapêuticas instituídas, evitando sobredosagens ou descontinuação indevida.

O número de fármacos utilizados varia não só com o número de patologias, mas também com a sua gravidade, pois quanto mais difícil for o controlo de uma patologia, mais fármacos poderão ser utilizados. É um parâmetro importante, pois o aumento do número de fármacos incrementa também o risco de interações medicamentosas e iatrogenia. *Primum non nocere...*

O seguinte gráfico ilustra a distribuição de todos os idosos de acordo com o número de fármacos com que estão medicados.

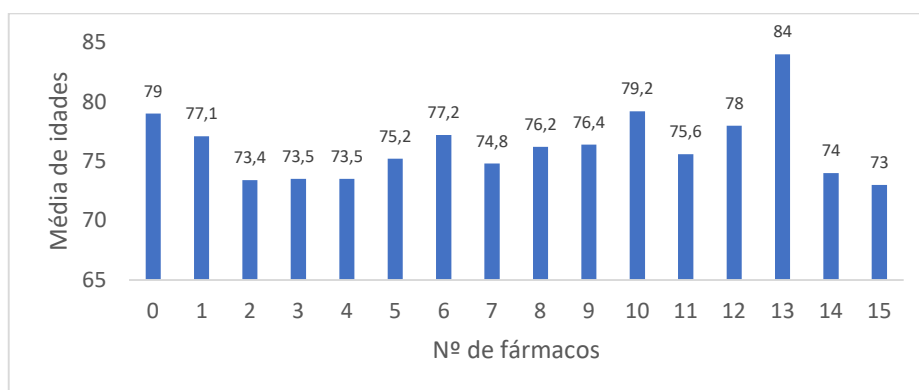


**Figura 12** – Distribuição dos idosos por sexo e nº de fármacos

Regista-se uma subida proporcional do número de utentes com o número de fármacos até um *plateau* entre os idosos medicados com 3 e 6 fármacos. A partir daí, aumentando o número de fármacos regista-se uma diminuição gradual do número de utentes. Há, portanto, um pico de 32 idosos medicados com 3 fármacos, e um mínimo de 1 idoso medicado com 14 fármacos e outro idoso com 15 fármacos.

No que respeita à distribuição por sexos, o sexo feminino é sempre o mais numeroso em todas as categorias, excepto, nos medicados com 1 fármaco e nos medicados com 15 fármacos.

A distribuição dos utentes no que diz respeito à média de idades e ao número de fármacos, foi a seguinte:



**Figura 13** – Distribuição dos idosos por nº de fármacos e médias de idades

Regista-se um pico de idade, 84 anos, nos utentes medicados com 13 fármacos.

**Comentário:** A questão do número de fármacos é central hoje em dia em Geriatria, e leva ao conceito, cada vez mais presente, de “desprescrição”. Como nos diz novamente Ribeiro (2014), «a idade biológica ou fisiológica, nem sempre paralela à idade cronológica, é a determinante das alterações respeitantes à terapêutica farmacológica que ocorrem no idoso, pelas diferenças na farmacocinética e na farmacodinâmica». A perda de homeostasia no idoso e a maior fragilidade podem aumentar a sensibilidade a efeitos indesejados. O risco de efeitos secundários é acrescido pelo facto de «a maioria dos ensaios clínicos ser realizada com adultos até aos 65 anos, havendo depois extrapolação para idades mais avançadas» (Ribeiro, 2014).

O conceito de desprescrição em Geriatria assume especial relevância se tivermos em conta a grande variabilidade interindividual no processo de envelhecimento, que se repercute de modo diverso no funcionamento das estruturas orgânicas e, desde logo, na farmacodinâmica e farmacocinética, obrigando a uma individualização e personalização do regime terapêutico.

O Médico de Família está no centro do processo de desprescrição pois conhece a realidade do doente, vê a situação de ângulos inacessíveis aos colegas de especialidades hospitalares e, sobretudo, utiliza a empatia resultante de uma forte relação médico-doente para promover o cumprimento de esquemas terapêuticos e a sua constante revisão.

Estudar os meus idosos para este trabalho serviu para rever muitas terapêuticas à luz dos dados resultantes do estudo dos processos clínicos e da aplicação dos questionários e escalas. Saber a magnitude dessa revisão terapêutica motivada pela AGG, poderia, só ela, ter originado um novo e complexo trabalho de investigação, caso eu tivesse tido presciência para tal.

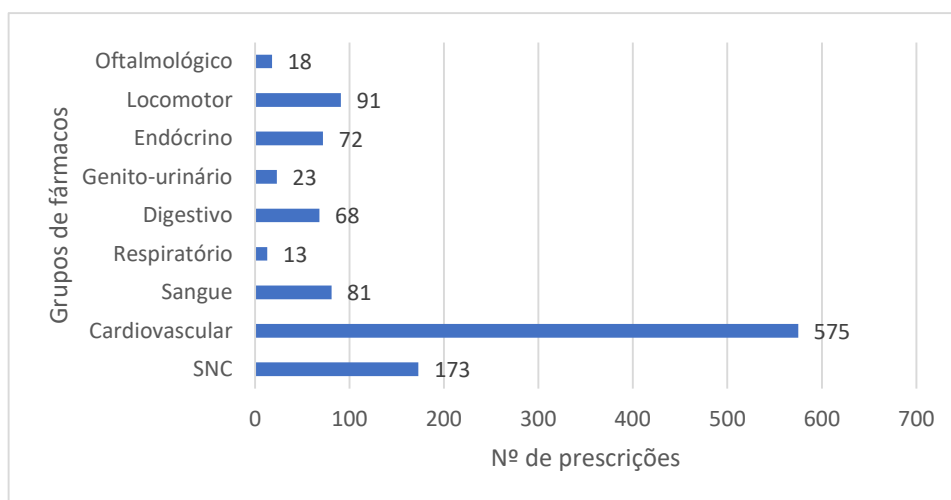
### **9.13.2 - Do número de prescrições crónicas e do tipo de fármacos**

Foram identificadas 1114 prescrições crónicas nos idosos estudados, verificando-se uma média de 5,2 fármacos por idoso.

**Comentário:** Recordando-nos que, em média, foram identificados 6,2 problemas crónicos de saúde por utente, constatamos que os números de problemas crónicos e de fármacos são bastante

aproximados. Por outras palavras, quase todos os problemas crónicos de saúde dão origem a uma prescrição que, também ela, se prolonga no tempo.

O seguinte gráfico ilustra o número de prescrições crónicas por grupos de fármacos. Para a categorização e agrupamento dos fármacos foi utilizada a classificação em vigor publicada pelo Infarmed e disponível no Prontuário Terapêutico.



**Figura 14** – Nº de prescrições crónicas por grupos de fármacos

O sistema que origina maior número de prescrições crónicas é o sistema cardiovascular, constituindo 51,6% do total de prescrições. Em segundo lugar surge o sistema nervoso central (15,5% do total), seguido do sistema locomotor (8,2%), do sistema endócrino (6,5%) e do sistema digestivo (6,1%).

**Comentário:** O predomínio do sistema cardiovascular nas prescrições é concordante com o facto de neste sistema se verificar o maior número de problemas de saúde da população estudada, como a HTA, dislipidémias, AVC e várias doenças cardíacas, esperando-se uma maior pressão no sentido da prescrição.

As prescrições relativas ao sistema cardiovascular estão detalhadas por fármaco, sexo e médias de idades, no seguinte quadro:

Quadro XXVIII – Prescrições relativas ao sistema cardiovascular por fármaco, sexo e média de idades

		Masc.	Fem.	Total	Média idades
<b>Digitálicos</b>	Digoxina	3	4	7	81,5
<b>Prolongadores da repolarização (Classe III)</b>	Amiodarona	3	2	5	70,6
<b>Antihipertensores</b>	Diuréticos	54	84	138	74,9
	IECA	14	22	36	77,4
	ARA	44	70	114	74,7
	Bloqueadores entrada cálcio	20	35	55	75,5
	Bloqueadores beta	11	25	36	74,9
<b>Antianginosos</b>	Nitroglicerina	2	4	6	83,3
	Trimetazidina	5	15	20	76,8
<b>Venotrópicos</b>	Bioflavonóides	1	7	8	79,3
<b>Antidislipídemicos</b>	Estatinas	51	93	144	74,6
	Fibrato	3	3	6	71

Os fármacos mais prescritos são os antihipertensores, constituindo 65,9% das prescrições deste grupo. Dentro dos antihipertensores, os mais prescritos são os diuréticos. A idade média dos idosos medicados com antihipertensores rondou os 74 e os 77 anos.

**Comentário:** Alguns pontos do quadro suscitam reflexão. Desde logo, o volume de antihipertensores prescrito (379 prescrições) foi bastante superior ao número de hipertensos registado (174 hipertensos). Isto pode ser entendido à luz das boas práticas de tratamento de hipertensão, que preconizam a associação de fármacos sempre que os valores alvo de TA não são atingidos.

A prescrição de antidislipídemicos é sobreponível aos idosos com dislipidémia (154 utentes).

Constata-se a existência de vinte utentes medicados com trimetazidina. Já havia realizado um longo caminho na desprescrição deste fármaco em inúmeros doentes, mas pelos vistos ainda há trabalho a fazer. Tenho a noção de que a maioria dos idosos com trimetazidina estava medicada há vários anos, aquando da primeira Autorização de Introdução no Mercado deste fármaco, que era mais abrangente e considerava haver um benefício nos utentes mais velhos em termos cerebrais, oftalmológicos e de ORL. Hoje em dia a maioria dos utentes perdeu a indicação para esta medicação, pois o seu uso apenas está aprovado como terapêutica adjuvante no tratamento sintomático de doentes com angina de peito estável não controlados com terapêuticas antianginosas de primeira linha ou intolerantes a essas terapêuticas. No entanto, por vezes não é fácil proceder à desprescrição, com utentes a não encararem de forma positiva a retirada de um fármaco introduzido por outro médico e que tomam há vários anos, no seu entender, com bons resultados.

As prescrições relativas ao sistema nervoso central estão ilustradas na seguinte tabela:

**Quadro XXIX** – Prescrições relativas ao sistema nervoso central por fármaco, sexo e média de idades

		Masc.	Fem.	Total	Média idades			
<b>Antiparkinsonianos</b>		Dopaminomiméticos	2	2	4	85,8		
<b>Antiepilépticos/anticonvulsivantes</b>		Ácido valpróico	1	2	3	86		
		Fenobarbital	-	1	1	87		
		Pregabalina	2	4	6	69,3		
<b>Antivertiginosos</b>		Betahistina	-	4	4	77,8		
<b>Ansiolíticos, sedativos, hipnóticos</b>		Benzodiazepinas	11	51	62	77		
		Zolpidem	1	1	2	73,3		
<b>Antipsicóticos</b>		Melperona	-	1	1	89		
		Olanzapina	-	1	1	71		
		Quetiapina	2	5	7	88,1		
		Risperidona	-	2	2	82		
		Tiaprida	-	1	1	81		
<b>Antidepressores</b>		<b>Tricíclicos e afins</b>		Amitriptilina	2	2	4	72,6
				Dosulepina	-	2	2	70
				Trazodona	2	9	11	77,1
		<b>ISRS</b>		Escitalopram	1	4	5	69,2
				Fluoxetina	-	3	3	74,1
				Paroxetina	-	5	5	74
				Sertralina	1	4	5	73,8
		<b>ISRSN</b>		Venlafaxina	-	1	1	68
<b>Analgésicos e antipiréticos</b>		Paracetamol	6	17	23	75,1		
<b>Analgésicos opiáceos</b>		Tramadol	2	5	7	72,6		
<b>Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das funções cognitivas</b>		<b>Medic. usados no trat. sint. demência</b>		Donepezilo	-	3	3	85,3
				Galantamina	-	1	1	87
				Memantina	-	2	2	78
		<b>Outros</b>		Citicolina	3	1	4	78,3
				Ginkgo biloba	-	3	3	84,3

Neste sistema os fármacos mais prescritos são as benzodiazepinas (62 idosos). Em segundo lugar surgem os antidepressivos com um total de 36 prescrições crónicas, sendo o grupo mais prescrito o dos inibidores selectivos da recaptção da serotonina (ISRS) em 18 idosos. Em termos absolutos, o fármaco antidepressivo mais prescrito é a trazodona (11 idosos).

**Comentário:** O número de idosos medicados com BZD (62 idosos) revelou-se bastante sobreponível ao número de doentes diagnosticados com ansiedade (60 idosos). Também aqui descortino um possível caminho para a desprescrição. Sabemos que uma parte significativa dos quadros de ansiedade são transitórios, e que a continuação da toma destes fármacos tem implicações como a habituação/dependência medicamentosa, alterações cognitivas, aumento do risco de quedas, risco de interacções, etc.

Voltaremos a falar dos utentes medicados com antidepressivos quando tratarmos os resultados relativos à aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.

Outro caminho possível para desprescrição é o número residual de utentes medicados com fármacos cuja eficácia não está comprovada ou é duvidosa, como a citicolina ou formulações de ginkgo biloba.

Uma nota final para dois analgésicos incluídos no grupo de fármacos que actua no SNC. Tenho a noção de que as prescrições crónicas de paracetamol e tramadol se enquadram sobretudo num contexto de patologias osteoarticulares crónicas. Confesso que, à luz dos conhecimentos adquiridos seria de rever sobretudo a terapêutica com tramadol, considerando outros fármacos (por exemplo, o tapentadol) de forma a otimizar o tratamento da dor crónica e minimizar efeitos secundários desta substância.

As prescrições relativas ao sistema locomotor estão ilustradas na seguinte tabela:

**Quadro XXX** – Prescrições relativas ao sistema locomotor por fármaco, sexo e média de idades

		Masc.	Fem.	Total	Média idades
<b>AINE</b>	AINE	7	8	15	74
<b>Modific. evolução doença reumatismal</b>	Metotrexato	-	1	1	74
<b>Med. usados trat. gota</b>	Alopurinol	9	4	13	73,8
	Colchicina	1	-	1	74
<b>Med. usados trat. artrose</b>	Glucosamina	6	22	28	72,5
<b>Med. metabolismo cálcio</b>	Bifosfonatos	-	26	26	71,6
	Cálcio+colecalfiferol	-	7	7	74,1

Em termos absolutos, o fármaco mais prescrito é a glusamina (28 idosos), que faz parte dos fármacos usados no tratamento da artrose. Mas o grupo mais prescrito é o dos medicamentos utilizados para o tratamento das patologias do metabolismo do cálcio.

**Comentário:** O número de idosos medicados com bifosfonatos (26 utentes) foi inferior ao número de idosos diagnosticados com osteoporose (31 utentes). Isto pode ser devido a má adesão terapêutica. No entanto, temo que exista um grau não despidendo de subdiagnósticos nesta patologia, aumentando o risco de fracturas por queda. À luz dos conhecimentos actuais, concluo que poderia ter usado mais o FRAX nas consultas e que este questionário tem uma importância em geriatria para a qual eu não estava sensibilizado então.

A glucosamina, por outro lado, tem vindo a perder espaço nas indicações de tratamento e a sua eficácia tem sido questionada, sendo também um espaço provável para desprescrição.

O utente com tomas “crónicas” de colchicina era um idoso do sexo masculino, alérgico ao alopurinol, com frequentes abusos alimentares e etílicos. Sublinho que fármacos como o febuxostato não estavam ainda aprovados para comercialização.

Por último, uma palavra de justificação para as prescrições de AINE encontradas. Em minha defesa, devo referir que um número significativo de idosos exercia uma pressão frequente e constante, que eu não esperava, no sentido de lhes ser prescrito um AINE. Alguns idosos tinham das suas experiências anteriores um conhecimento invulgar de marcas, dosagens, tendo inclusive experimentado a forma intramuscular de administração de alguns destes fármacos, solicitando-o de forma apelativa. Os 15 utentes identificados como consumidores frequentes ou crónicos de AINE seriam apenas a ponta do iceberg do que se passava na realidade, pois tenho a franca noção de muitos idosos disporem de livre acesso na farmácia a estes fármacos sem qualquer prescrição médica ou através de familiares. Isto também me leva a fazer uma reflexão em termos da necessidade de optimização da terapêutica analgésica e correcto tratamento da dor crónica. Fica a vontade de aprendizagem e formação para o futuro, de forma a fazer melhor.

O seguinte quadro mostra a distribuição dos fármacos para o tratamento das patologias do sangue:

**Quadro XXXI** – Prescrições relativas às patologias do sangue por fármaco, sexo e média de idades

		<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>Total</b>	<b>Média idades</b>
<b>Anticoagulantes orais</b>	NOAC's	5	4	9	77,7
	Varfarina	5	7	12	79,3
<b>Antiagregantes plaquetários</b>	AAS	20	37	57	77,5
	Clopidogrel	3	-	3	75

**Comentário:** O fármaco mais usado deste grupo foi o AAS, maioritariamente em idosos diabéticos para prevenção de eventos tromboembólicos.

Existiam mais utentes medicados com varfarina do que com NOAC's. Estes últimos fármacos haviam sido introduzidos no mercado há relativamente poucos anos e teriam uma margem de crescimento para a sua prescrição, devido ao facto de não necessitarem medição periódica do INR (boa parte dos idosos tinham dificuldades de deslocação para realização frequente de análises). Por outro lado, um obstáculo ao seu uso era o preço superior ao da varfarina, muitos utentes optando por manter esta última.



Os fármacos usados para o tratamento das doenças do foro endócrino estão expostos no seguinte quadro:

**Quadro XXXII** – Prescrições relativas ao sistema endócrino por fármaco, sexo e média de idades

		Masc.	Fem.	Total	Média idades
<b>Glucocorticóides</b>	Prednisolona	-	1	1	74
<b>Hormonas da tiróide</b>	Levotiroxina	1	12	13	75,3
<b>Insulinas e antidiabéticos orais</b>	Insulinas	6	1	7	75,2
	ADO's	19	32	51	77,1

O grupo de fármacos mais prescrito foi o das insulinas e antidiabéticos orais (58 prescrições), sendo o seu valor sobreponível ao número de idosos diabéticos (59 idosos).

Os fármacos usados no tratamento da afecções do sistema digestivo estão expostos no seguinte quadro:

**Quadro XXXIII** – Prescrições relativas ao sistema digestivo por fármaco, sexo e média de idades

		Masc.	Fem.	Total	Média idades
<b>Modificadores da secreção gástrica</b>	IBP	19	49	68	75,5

Os fármacos prescritos neste grupo foram os modificadores da secreção gástrica, nomeadamente os inibidores da bomba de prótons (IBP) que encontramos em 68 idosos.

**Comentário:** O nível de prescrição deste fármaco ultrapassou o número de utentes diagnosticados com gastrite ou doença ulcerosa (cerca de 42 idosos). Este facto leva-nos a concluir pela existência de sobremedicação no que diz respeito aos IBP, ou, existência de patologia deste foro não incluída nas listas de problemas dos idosos, sendo necessário proceder a uma atualização nesse sentido.

A seguinte tabela mostra a distribuição dos fármacos usados no tratamento das patologias do sistema génito-urinário:

**Quadro XXXIV** – Prescrições relativas ao sistema génito-urinário por fármaco, sexo e média de idades

		Masc.	Fem.	Total	Média idades
<b>Estrogénios e progestagénios</b>	Estriol	-	8	8	68,8
<b>Med. usados na retenção urinária</b>	Alfuzosina	2	-	2	69,5
	Tansulosina	1	-	1	67
	Finasterida	6	-	6	74,8
	Associação	3	-	3	74,8
<b>Med. usados na incont. urinária</b>	Cloreto de tróspio	-	3	3	76

Os fármacos mais utilizados foram os indicados no tratamento da hiperplasia benigna da próstata (HBP).

**Comentário:** Relativamente à incontinência urinária revelou-se grande discrepância entre o número de casos diagnosticados (16 idosos) e o número de utentes com prescrição para esta patologia (3 idosos). Penso que isto se deve ao facto de o número de casos diagnosticados de incontinência urinária ter aumentado após a aplicação da escala de Katz (que inclui uma questão específica sobre incontinência), permitindo uma melhor identificação do problema e da falta de tratamento.

A seguinte tabela mostra a distribuição dos fármacos usados no tratamento das patologias do foro oftalmológico:

**Quadro XXXV** – Prescrições relativas às patologias oftalmológicas por fármaco, sexo e média de idades

		Masc.	Fem.	Total	Média idades
<b>Med. usados trat. glaucoma</b>	Bloqueadores beta	3	6	9	75,4
	Análogos prostaglandinas	3	3	6	75,2
	Outros	1	2	3	75,6

Os medicamentos registados neste grupo são os usados no tratamento do glaucoma.

**Comentário:** Regista-se algum subtratamento nesta patologia, uma vez que existem 24 idosos com glaucoma e apenas 18 idosos realizam tratamento. Penso tratar-se de utentes que não têm as suas patologias controladas por oftalmologista há muito tempo, deixando de solicitar a renovação da medicação, cabendo ao MF incentivar o controlo e realizar encaminhamento.

Os fármacos usados no tratamento das patologias do foro respiratório estão expostos no seguinte quadro:

Quadro XXXVI – Prescrições relativas ao sistema respiratório por fármaco, sexo e média de idades

		Masc.	Fem.	Total	Média idades
<b>Antagonistas colinérgicos</b>	Brometo de tiotrópio	3	2	5	83,1
<b>Agonistas adrenérgicos beta</b>	Salbutamol	1	2	3	76,3
<b>Associação com glucocorticóides</b>	Budesonida+Formoterol	2	1	3	75,2
	Fluticasona+Formoterol	1	1	2	74,8

**Comentário:** Constatamos a existência de utentes subtratados nestas patologias, uma vez que se verificam 13 utentes medicados com terapia inalatória e existem 19 utentes identificados com asma e DPOC. Penso que isto se deve ao abandono da terapêutica inalatória pelos idosos, nem sempre detectado imediatamente pelo médico, só sendo corrigido quando existe um episódio de dispneia ou infecção respiratória.

## 9.14 – Da aplicação das Escalas de Avaliação

*«Os instrumentos de AGG não devem ser vistos como elementos de diagnóstico de patologias, embora possam algumas vezes contribuir para esse objectivo. A sua reconhecida utilidade é no diagnóstico da situação, na ajuda do prognóstico, na facilitação do acompanhamento e na decisão das medidas a tomar».*

*José Gomes Ermida*

Em qualquer ciência surge, a dado ponto, a necessidade de medição e quantificação, o que leva invariavelmente à criação e aplicação de escalas.

Em Portugal, uma das vozes mais autorizadas em Geriatria é a de Ermida (2014) que, a respeito de quantificação, nos lembra que «a necessidade de ter em conta parâmetros de natureza diversa no processo de avaliação dos idosos, decorre da diminuição que em diversas áreas afecta os indivíduos deste grupo etário. Sem pretender rotular todo o idoso de incapaz, doente, improdutivo ou dependente - estereótipos e crenças erróneas de quem tem do processo de envelhecimento uma visão gerontista ou idadista - não pode escamotear-se a realidade da diminuição e não perda, de capacidades físicas, psicológicas e funcionais durante este processo. Diminuição que, assumindo embora intensidade e temporalidade diversa, está sempre presente. E cuja ignorância por parte do idoso ou de quem com ele convive ou dele se ocupa, pode ter sérias consequências na sua saúde ou na sua qualidade de vida».

O uso de escalas padronizadas permite aumentar a precisão do diagnóstico – clínico ou de outra natureza – e, conseqüentemente, torna o prognóstico de situação mais correcto, facilitando as condutas preventivas e o acompanhamento. Esta monitorização e quantificação ao longo do tempo - sobretudo nos momentos de risco geriátrico, como doença grave, luto ou perda significativa, alteração do modo de vida – pode ser fulcral para uma decisão informada e mais correcta sobre a necessidade ou não de institucionalização, evitando a institucionalização injustificada e, muitas vezes, irreversível.

Como nos diz novamente Ermida (2014), «além da sua fiabilidade, os instrumentos mais vulgarmente utilizados na AGG são simples, de execução fácil e pouco demorada, o que os torna bem aceites pela grande maioria dos idosos, condição sem a qual é difícil conseguir a sua adesão à avaliação. A sua utilização universal permitirá uniformidade dos estudos e comparabilidade dos resultados obtidos, com os benefícios inerentes para os utentes e profissionais».

Para esta avaliação foi aplicado o conjunto de escalas aconselhado pelo GERMI.

#### **9.14.1 - Estado Funcional – Actividades de Vida Diária Básicas (AVDB)**

A escala recomendada pelo GERMI para a avaliação da autonomia do idoso é conhecida como a «Escala de Katz». Foi desenvolvida nos anos 60 do século XX pela equipa do Dr. Sidney Katz que incluía elementos de vários hospitais de Cleveland, tendo publicado o primeiro artigo em Setembro de 1963 no *Journal of the American Medical Association*. Ao longo dos anos foram propostas algumas modificações, sobretudo no que concerne ao critério de avaliação (que inicialmente era apenas qualitativo e pouco prático) para permitir quantificar o grau de dependência e considerar situações intermédias entre a independência e a dependência completa.

A Escala de Katz avalia seis actividades consideradas básicas para a autonomia na vida diária: lavar-se, vestir-se, alimentar-se, usar a sanita, transferir-se, ser continente. O grau de autonomia do idoso depende do número de actividades que realiza com independência, isto é, sem ajuda de outros. Considera-se o idoso como independente numa actividade se for capaz de a realizar por completo e sem necessitar de qualquer ajuda, ou em alguns casos com uma ajuda mínima (lavar as costas, apertar os atacadores dos sapatos, cortar os alimentos duros no prato). Para a execução das tarefas, o idoso pode usar qualquer ajuda técnica que utilize habitualmente. A capacidade de desempenho das actividades deveria preferencialmente ser observada pelo avaliador e não apenas referida pelo avaliado, por familiares ou cuidadores que podem, por motivos vários, subestimar ou exagerar as capacidades do idoso.

Foi aplicada a versão publicada pelo GERMI na já referida brochura, disponível em [www.spmi.pt/nucleo-estudos-geriatria](http://www.spmi.pt/nucleo-estudos-geriatria)

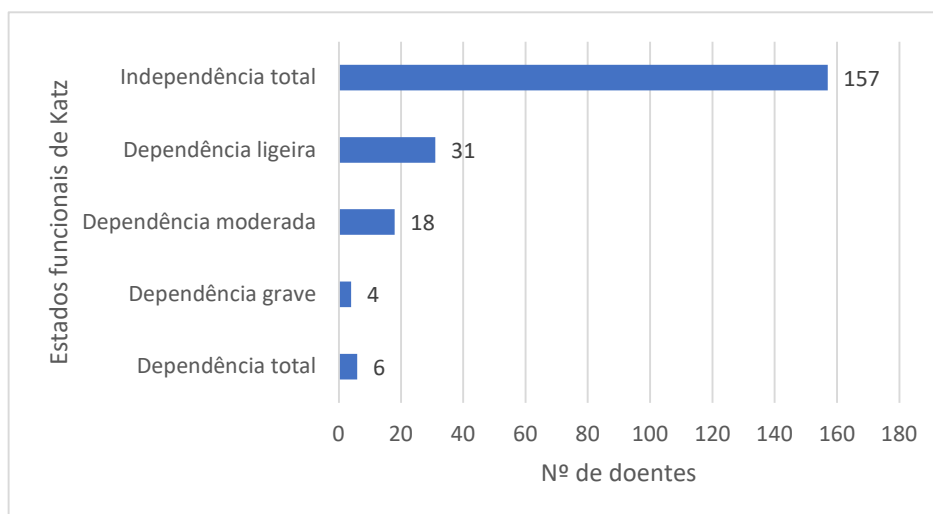
- 1-BANHO**
- 1 Independente** (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p.ex. costas ou extremidades)
  - 0 Dependente** (necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)
- 2- VESTIR**
- 1 Independente** (escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos)
  - 0 Dependente** (precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir)
- 3- UTILIZAÇÃO DA SANITA**
- 1 Independente** (não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)
  - 0 Dependente** (usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita)
- 4- TRANSFERÊNCIA (cama / cadeirão)**
- 1 Independente** (não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex. bengala)
  - 0 Dependente** (necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/ cadeira; está acamado)
- 5- CONTINÊNCIA (vesical / fecal)**
- 1 Independente** (controlo completo da micção e defecação)
  - 0 Dependente** (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira)
- 6- ALIMENTAÇÃO**
- 1 Independente** (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar a carne)
  - 0 Dependente** (necessita de ajuda para comer; não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica)

**Figura 15** – Escala de Katz

**Quadro XXXVII** – Pontuação e Estados funcionais de Katz

	Pontos
Dependência total	0
Dependência grave	1-2
Dependência moderada	3-4
Dependência ligeira	5
Independência total	6

O gráfico seguinte mostra a categorização dos utentes após a aplicação da Escala de Katz:



**Figura 16** – Distribuição dos idosos pelos estados funcionais de Katz

A maioria dos idosos situa-se no estado funcional de independência total (72,7% do total de utentes). Os escalões seguintes são os de dependência ligeira (14,4% do total) e de dependência moderada (8,3% do total). Existem quatro idosos no estado de dependência grave (1,9% do total) e seis idosos no estado funcional de dependência total (2,8%).

**Comentário:** Com um simples olhar podemos instantaneamente perceber quais os utentes que se encontram em situação de maior fragilidade. O diagnóstico de situação permite-nos perceber quais os idosos em pior condição, mas também os que estão em risco de ver a sua situação agravada e baixar de estado funcional. Será muito importante analisar os casos dos idosos que estão no estado funcional de dependência grave e moderada. Este é um exemplo da importância da Escala de Katz em termos de quantificação e qualificação da autonomia de uma população de idosos.

Esta categorização é fundamental para o MF tomar medidas preventivas em casos específicos e, antecipando-se, evitar o agravamento de inúmeras situações. Tal pode ser realizado através da veiculação de informação à família do idoso, da promoção de alterações ao seu espaço físico habitual (obras na casa de banho, colocação de alteadores de sanita, camas reguláveis em altura, etc), identificação e tratamento dos casos de incontinência, entre outros exemplos.

Mesmo os idosos que estão em situação de dependência ligeira poderiam ver a sua situação melhorada e subir de estado funcional com medidas dirigidas e personalizadas.

A seguinte tabela ilustra o raciocínio que expusemos anteriormente, dando-nos mais informação acerca dos indivíduos em cada estado funcional de Katz.

**Quadro XXXVIII** – Distribuição por estados funcionais, sexo, média de idades e nº de acamados

Estados funcionais de Katz	Nº de doentes			Média de idades	Nº de acamados
	Masc.	Fem.	Total		
Dependência total	1	5	6	88,6	4
Dependência grave	2	2	4	86,8	1
Dependência moderada	6	12	18	83,3	-
Dependência ligeira	4	27	31	77,3	-
Independência total	67	90	157	73,2	-
	<b>80</b>	<b>136</b>	<b>216</b>	-	<b>5</b>

Quase todos os indivíduos em situação de dependência total se encontram acamados, excepto dois idosos. Também se regista um acamado em situação de dependência grave.

A média de idades é directamente proporcional ao grau de dependência, aumentando com a fragilidade dos doentes.

No que respeita à distribuição por sexos, o sexo feminino é aquele que, proporcionalmente, apresenta maior número de indivíduos em situação de dependência total (3,7%), moderada (8,8%) e ligeira (19,9%). O sexo masculino é o que apresenta maior número de indivíduos em situação de dependência grave (2,5%) e independência total (83,7%).

**Comentário:** À primeira vista poderá parecer estranho que os idosos acamados não estejam todos em situação de dependência total, mas, como podemos observar na figura 15 que nos mostra a pontuação e seriação dos estados funcionais de Katz, basta por exemplo, que um acamado consiga levar a comida à boca para se considerar autónomo neste parâmetro.

Ao considerarmos o grau de independência de um idoso, é pertinente pensarmos no local onde vive e com quem vive.



**Quadro XXXIX** – Distribuição dos idosos por estados funcionais e conjuntura habitacional e familiar

		<b>Dependência Total</b>	<b>Dependência Grave</b>	<b>Dependência Moderada</b>	<b>Dependência Ligeira</b>	<b>Independência Total</b>
<b>Domicílio próprio</b>	<b>Com cônjuge</b>	-	-	6	13	96
	<b>Sozinho</b>	-	1	4	9	32
	<b>Com os filhos</b>	-	3	5	6	12
<b>Domicílio de familiares</b>	<b>Com os filhos</b>	5	-	-	1	9
	<b>Outro familiar</b>	1	-	3	2	8

Todos os idosos em estado funcional de dependência total saíram do seu domicílio para casa dos filhos ou outros familiares. Os idosos em estado de dependência grave vivem ainda na sua casa, mas a maioria deles é monitorizada pelos filhos.

**Comentário:** O idoso com dependência grave, referido no quadro como vivendo sozinho, merece uma palavra de justificação, podendo constituir um caso prático. Tratava-se de M.A, 79 anos, sexo masculino, viúvo, agricultor reformado, com grandes dificuldades de mobilidade por coxartrose severa após acidente, que o tornava dependente nos domínios da escala de Katz de banho (0 pontos), vestir (0 pontos), utilização da sanita (0 pontos) e transferência para cama/cadeirão (0 pontos). Não apresentava incontinência vesical ou fecal (1 ponto) e conseguia alimentar-se perfeitamente desde que lhe preparassem os alimentos (1 ponto). Insistia em não deixar o seu espaço – era irredutível neste aspecto - e passava o dia sentado num cadeirão após ser vestido e levantado do leito. A família, que vivia perto, revezava-se em “ir passando” para lhe trazer a comida e levar ao WC, acertando mais no horário da primeira actividade que da segunda... Era uma das minhas paragens obrigatórias nas saídas domiciliárias.

No que respeita à prevalência de patologias, verificou-se uma interessante tendência entre estados funcionais de Katz e IMC, que podemos observar no seguinte quadro:

**Quadro XL** – Distribuição dos idosos por estados funcionais e IMC

	<b>Baixo peso</b>	<b>Peso Normal</b>	<b>Excesso peso</b>	<b>Obesidade</b>
<b>Dependência total</b>	3	1	1	1
<b>Dependência grave</b>	1	2	-	1
<b>Dependência moderada</b>	2	3	6	7
<b>Dependência ligeira</b>	2	6	9	14
<b>Independência total</b>	2	28	76	51

Parece verificar-se uma maior proporção dos idosos com baixo peso à medida que se decai do estado de independência total para o estado de dependência total, chegando os idosos com baixo peso a constituir 50% dos indivíduos no estado funcional dos mais fragilizados.

**Comentário:** Esta relação empírica não será suficiente para tirar conclusões, mas pode, talvez, servir para base de estudo em futuros trabalhos desenhados para tal. No que diz respeito às AVDB, até que ponto o estudo da evolução do IMC poderá auxiliar o médico geriatra como um factor preditivo na passagem de um idoso entre estados funcionais? Baixo peso – causa ou consequência?

Relativamente a outras patologias, não se encontraram diferenças significativas e não faremos a revisão exaustiva que já foi realizada anteriormente. No entanto, gostaria sucintamente de referir alguns aspectos relativos aos idosos nos estados funcionais de dependência total e dependência grave, dado que são os que apresentam maior risco de institucionalização. As patologias mais prevalentes são as do foro cardiovascular, nomeadamente a HTA (9 idosos), seguida da fibrilhação auricular (4 idosos), insuficiência cardíaca (4 idosos), diabetes (4 idosos), AVC (2 idosos). Uma palavra também para os quadros demenciais, encontrados em 4 idosos.

Ainda relativamente à questão do IMC e da prevalência de baixo peso nos doentes mais fragilizados, importa perceber quais as condições destes utentes relativamente à mastigação.

No estado funcional de dependência total:

- 5 idosos referiam dificuldade na mastigação; nenhum usava prótese dentária...

No estado funcional de dependência grave:

- todos referiam dificuldade na mastigação; nenhum usava prótese dentária...

Relativamente ao número de fármacos não se verificou qualquer diferença assinalável na distribuição por estado funcional.

**Comentário:** A grande prevalência de patologia cardiovascular grave nos idosos com maior fragilidade (como a insuficiência cardíaca, arritmias e AVC), reforça a importância do controlo

dos factores de risco cardiovascular (FRCV) nos cuidados primários aos doentes em todos os estados funcionais, de forma a prevenir o agravamento de situações basais. A maior prevalência de FRCV também não será alheia aos quadros neurológicos de envelhecimento cerebral e demência vascular.

O facto de a maior parte dos idosos nos dois estados funcionais de maior fragilidade referirem dificuldades na mastigação e nenhum usar prótese dentária, permite-nos supor que uma avaliação médica dentária nestes idosos poderia, talvez, melhorar o seu aporte em nutrientes, evitando a desnutrição. Voltaremos a este tema mais adiante, quando discutirmos os dados resultantes da aplicação da Escala *Mini-Nutritional Assessment*.

### **9.14.2 - Estado Funcional – Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)**

A escala recomendada para a avaliação deste parâmetro na brochura do GERMI é a Escala de Lawton & Brody. Enquanto a escala anterior permitia graduar a autonomia, esta avalia a independência do idoso, ao medir a capacidade para o exercício de actividades de carácter instrumental mais exigentes e requerendo maior capacidade física e cognitiva que as actividades básicas. Avalia o exercício de oito actividades instrumentais: usar o telefone, utilizar meios de transporte, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, lavar a roupa, tomar a medicação, lidar com dinheiro.

Têm sido dirigidas algumas críticas de teor sociocultural a esta escala, uma vez que, tendo um sistema de pontuação que separa ambos os sexos, considera que existem actividades cuja prática pertence tradicionalmente apenas ao sexo feminino. No entanto, devemos ter em mente que a igualdade de género que se procura atingir hoje em dia, não se verificava, de todo, há uma ou duas gerações. Pelo que talvez não faça sentido aferir pelos padrões actuais hábitos culturais e educacionais inculcados há 100 anos. Lá chegaremos. Sendo assim, por agora, na Escala de Lawton & Brody, tarefas como lavagem da roupa, preparação das refeições e limpezas domésticas não são consideradas para o sexo masculino, o que deve ser salvaguardado na pontuação. Isto não tem alterado a fiabilidade da escala, como referido por Ermida (2014).

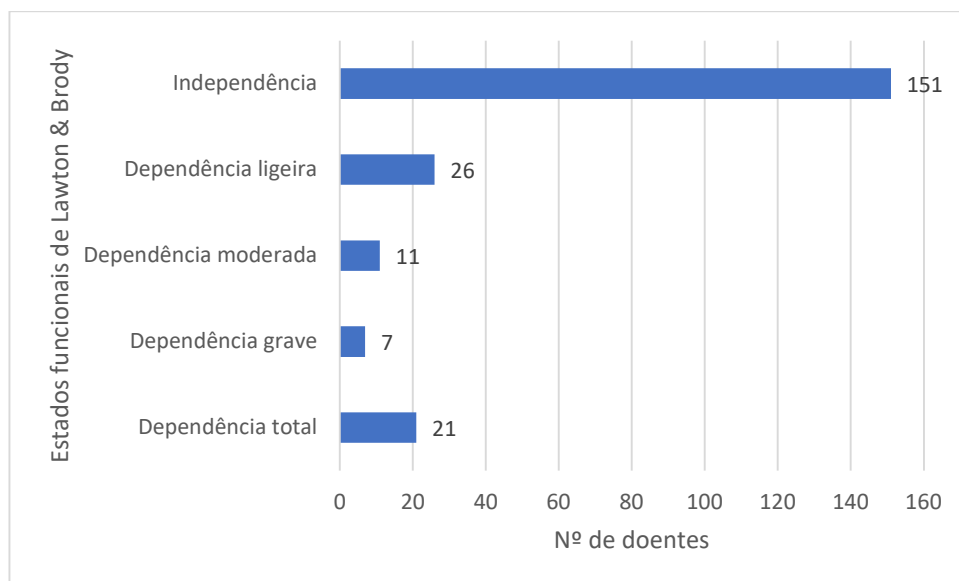
<p><b>1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Utiliza o telefone por iniciativa própria</p> <p><input type="checkbox"/> É capaz de marcar bem alguns números familiares</p> <p><input type="checkbox"/> É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar</p> <p><input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone</p> <p><b>2- FAZER COMPRAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Realiza todas as compras necessárias independentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Realiza independentemente pequenas compras</p> <p><input type="checkbox"/> Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra</p> <p><input type="checkbox"/> É totalmente incapaz de comprar</p> <p><b>3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente</p> <p><input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada</p> <p><input type="checkbox"/> Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições</p> <p><b>4- TAREFAS DOMÉSTICAS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)</p> <p><input type="checkbox"/> Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama</p> <p><input type="checkbox"/> Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza</p> <p><input type="checkbox"/> Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas</p> <p><input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica</p>	<p><b>5- LAVAGEM DA ROUPA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Lava sozinho toda a sua roupa</p> <p><input type="checkbox"/> Lava sozinho pequenas peças de roupa</p> <p><input type="checkbox"/> A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros</p> <p><b>6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro</p> <p><input type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado</p> <p><input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros</p> <p><input type="checkbox"/> Não viaja</p> <p><b>7- MANEJO DA MEDICAÇÃO</b></p> <p><input type="checkbox"/> É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas</p> <p><input type="checkbox"/> Toma a medicação se a dose é preparada previamente</p> <p><input type="checkbox"/> Não é capaz de administrar a sua medicação</p> <p><b>8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho</p> <p><input type="checkbox"/> Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco</p> <p><input type="checkbox"/> Incapaz de manusear o dinheiro</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Figura 17** – Escala de Lawton & Brody

**Quadro XLI** – Pontuação e Estados funcionais de Lawton & Brody

Mulher		Homem
0-1	<b>Dependência total</b>	0
2-3	<b>Dependência grave</b>	1
4-5	<b>Dependência moderada</b>	2-3
6-7	<b>Dependência ligeira</b>	4
8	<b>Independência</b>	5

Após a aplicação da escala, a distribuição de todos os idosos pelos vários estados funcionais de Lawton & Brody foi a seguinte:



**Figura 18** – Distribuição dos idosos pelos Estados funcionais de Lawton & Brody

A maioria dos idosos encontra-se no estado funcional de independência (69,9%), seguindo-se os idosos em dependência ligeira (12%). Os doentes em dependência total constituem o terceiro escalão (9,7%), seguidos dos idosos em dependência moderada (5%) e, por último, os idosos em estado de dependência grave (3,2%).

**Comentário:** Se compararmos os resultados obtidos pela aplicação da escala de Lawton & Brody aos obtidos pela aplicação da Escala de Katz, há alguns aspectos a salientar:

- A distribuição e ordem dos diferentes estados funcionais é semelhante.
- Na aplicação da Escala de Lawton e Brody, assiste-se a uma diminuição do número de idosos nos estados de independência, dependência ligeira e dependência moderada, e há um aumento do número de idosos em estado de dependência grave e dependência total. No fundo, há um desvio no sentido dos estados de dependência mais severa. Isto resulta do facto de estar em causa a medição da capacidade para o exercício de actividades de carácter instrumental mais exigentes e requerendo maior capacidade física e cognitiva que as actividades básicas medidas pela Escala de Katz.

O seguinte quadro apresenta a distribuição dos utentes em maior pormenor.

**Quadro XLII** – Distribuição por estado funcional, sexo, média de idades e nº de acamados

Estados funcionais de Lawton & Brody	Nº de doentes			Média de idades	Nº de acamados
	Masc.	Fem.	Total		
Dependência total	4	17	21	86,1	5
Dependência grave	2	5	7	80,4	-
Dependência moderada	4	7	11	84,3	-
Dependência ligeira	8	18	26	78,3	-
Independência	62	89	151	72,4	-
	<b>80</b>	<b>136</b>	<b>216</b>		<b>5</b>

Em termos proporcionais o sexo feminino é o mais prevalente nos graus de dependência total (12,5% das mulheres estudadas e 5% dos homens), dependência grave (3,7% das mulheres e 2,5% dos homens), dependência moderada (5,1% das mulheres e 5% dos homens) e dependência ligeira (13,2% das mulheres e 10% dos homens). Por sua vez, os homens têm 77,5% dos seus elementos em situação de independência e as mulheres apenas 65,4%.

Embora se verifique uma tendência para o agravamento do grau de dependência com o aumento das médias de idades, essa relação não é tão linear como verificámos na aplicação da escala de Katz.

Todos os acamados se encontram em estado funcional de dependência total de Lawton & Brody.

**Comentário:** Na aplicação desta escala todos os acamados se encontram em estado de dependência total, o que é concordante com o desvio no sentido dos estados de dependência severa, causado pelas especificidades das actividades instrumentais comparativamente às actividades básicas de vida diária.

No que diz respeito ao local onde vivem e com quem vivem, a distribuição dos utentes é a seguinte:

**Quadro XLIII** – Distribuição por estado funcional e conjuntura habitacional/familiar

		Dependência Total	Dependência Grave	Dependência Moderada	Dependência Ligeira	Independência Total
Domicílio próprio	Com cônjuge	5	2	1	13	93
	Sozinho	-	1	5	10	30
	Com os filhos	4	1	1	1	20
Domicílio de familiares	Com os filhos	9	2	1	1	2
	Outro familiar	3	1	3	1	6

Comparativamente ao quadro XXXIX, notamos o já referido desvio de utentes no sentido dos estados funcionais de dependência total e dependência grave, verificando-se a existência de idosos nestes estados vivendo com os seus cônjuges, sendo estes os principais cuidadores.

**Comentário:** Como podemos concluir, comparativamente às actividades básicas, são as actividades instrumentais que provocam maior número de indivíduos em situação de dependência total e dependência grave. A maior dependência nas AIVD poderá sobrecarregar os cuidadores e motiva maior necessidade de apoio externo. É imprescindível sinalizar os casos de sobrecarga para evitar o *burn-out* do cuidador (também ele, muitas vezes, idoso...) e prestar melhor assistência a estas famílias. De igual forma, é essencial mobilizar os recursos sociais disponíveis às famílias sem posses económicas para contratar ajuda externa.

No que diz respeito às comorbilidades, começemos a análise pelo estudo do IMC, expresso no seguinte quadro:

**Quadro XLIV** – Distribuição por estado funcional de Lawton & Brody e IMC

	<b>Baixo peso</b>	<b>Peso Normal</b>	<b>Excesso peso</b>	<b>Obesidade</b>
<b>Dependência total</b>	7	4	5	5
<b>Dependência grave</b>	1	1	2	3
<b>Dependência moderada</b>	-	1	5	5
<b>Dependência ligeira</b>	-	7	8	11
<b>Independência total</b>	2	27	72	50

Se compararmos com as actividades básicas de vida diária, nas actividades instrumentais encontramos um maior número de idosos com baixo peso nos estados funcionais de maior dependência, mas, em termos relativos, a sua percentagem esbate-se devido ao aumento global do número de utentes nestes estados.

**Comentário:** A existir relação entre o baixo IMC e o estado funcional de dependência, essa relação poderá ser mais marcada para as actividades básicas de vida diária e não tão evidente para as actividades instrumentais.



No que concerne a comorbilidades nos idosos em dependência total e dependência grave, regista-se igualmente uma preponderância das doenças cardiovasculares nomeadamente a HTA (26 utentes), dislipidémia (20 utentes), insuficiência cardíaca (7 utentes), fibrilhação auricular (7 utentes), AVC (4 utentes).

Nestes dois estados funcionais há uma subida significativa de idosos com patologia osteoarticular, nomeadamente a osteoartrose (12 utentes), gonartrose (6 utentes) e coxartrose (4 utentes).

Outras patologias significativas nestes idosos mais dependentes nas AIVD, são as patologias da visão (que atingem 21 utentes), a demência (8 casos) e a surdez (7 utentes).

**Comentário:** Quando consideramos as AIVD assistimos ao impacto de patologias com grande interferência na vida de relação, como por exemplo, patologia osteoarticular, órgãos dos sentidos e capacidade cognitiva. O comprometimento da interação com o meio ambiente e com a sociedade que rodeia o idoso, leva a um embotamento de capacidades, reflectindo-se num pior desempenho na Escala de Lawton & Brody.

No que respeita à vida de relação, vamos estudar em mais pormenor os dois estados funcionais de maior fragilidade. Nos 21 idosos do estado funcional de dependência total:

- 18 utentes referiam dificuldade na visão; destes, apenas 3 usavam óculos...
- 10 utentes referiam dificuldade na audição; destes, nenhum usava aparelho auditivo...
- 14 utentes referiam dificuldade na mastigação; destes, apenas 1 usava prótese dentária...

Nos 7 idosos do estado funcional de dependência grave:

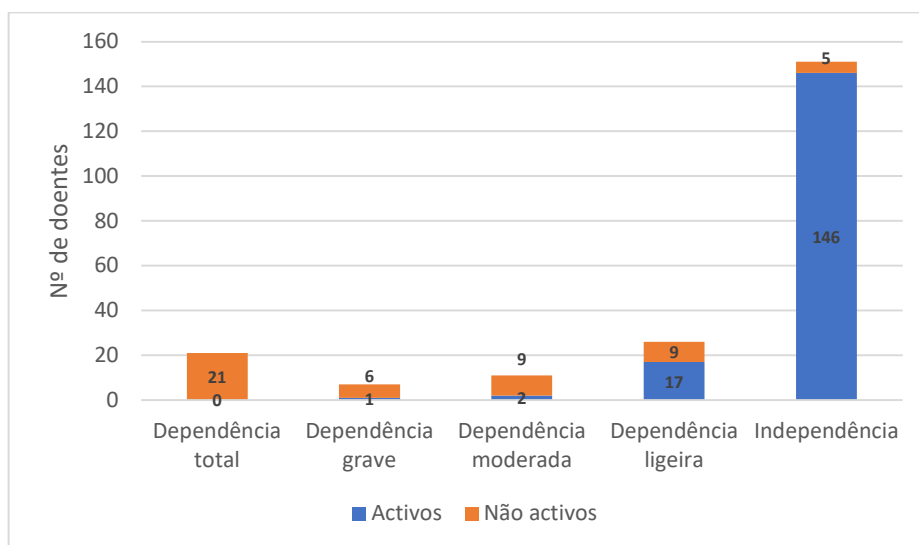
- 5 utentes referiam dificuldade na visão; destes, 3 usavam óculos.
- 4 utentes referiam dificuldade na audição; destes, apenas 1 usava aparelho auditivo...
- 4 utentes referiam dificuldade na mastigação; destes, 3 usavam prótese dentária.

**Comentário:** Relativamente à visão, audição e mastigação, o imprescindível apoio prestado por óculos, aparelhos de audição ou próteses dentárias, não dependia apenas dos cuidados médicos. Na minha população de doentes estava em causa também o problema económico. Tenho a perfeita

noção de que bastaria um novo par de óculos, um aparelho auditivo ou uma prótese dentária para haver uma melhoria significativa na vida de muitos destes idosos. Além do pretexto das dificuldades económicas, encontrei frequentemente o discurso – tanto nos idosos como nos seus familiares – de que «já não vale a pena, a velhice é mesmo assim».

Acerca das dificuldades económicas dos utentes e sua influência na incapacidade para realizar AVD, queria transmitir a realidade que encontrei no que respeita à habitação. Em inúmeros casos os idosos não conseguiram (ou não souberam) preparar as suas habitações para a velhice. A sua qualidade de vida poderia beneficiar com algumas obras pontuais, nomeadamente nos WC, obras para as quais muitos idosos não tinham recursos nem descortinei apoios sociais neste sentido. Sei que cabe a cada um preparar a sua velhice e que o estado não chega a todo lado nem pode prover a tudo e todos, mas é penoso ver a vida e independência de um ser humano ser posta em causa desta forma. Quantas institucionalizações não seriam evitadas se fosse realizada uma educação atempada para preparar as habitações para o inevitável envelhecimento, em vez de ignorarmos o assunto até à velhice e nos depararmos com o facto consumado de uma fractura do colo do fémur ou a necessidade de institucionalização por já não poder viver num espaço com escadas?

Neste ponto, achei pertinente cruzar os resultados da aplicação da Escala de Lawton e Brody com as respostas obtidas à pergunta «ainda se mantém activo?», incluída nos questionários e discutida anteriormente. Os resultados estão ilustrados no seguinte gráfico:



**Figura 19** – Distribuição dos idosos pelos Estados funcionais de Lawton & Brody e grau de actividade

**Comentário:** A maioria dos idosos que se consideravam “não activos” estavam distribuídos pelos estados funcionais de maior fragilidade. O inesperado foi encontrar idosos nos estados de dependência ligeira e independência e que se consideravam não activos, não sendo “capazes de tratar da sua vida”. Estudando os 5 idosos considerados não activos pertencentes ao estado de independência de Lawton & Brody, apuramos o seguinte:

- 3 idosos são do sexo feminino e 2 são do sexo masculino.
- 4 idosos sofriam de patologia oftalmológica que implicava limitações na sua actividade.
- 4 idosos sofriam de patologia osteoarticular grave que interferia com a sua deambulação, nomeadamente 1 utente com coxartrose e 3 com gonartrose.
- 3 idosos sofriam de patologia depressiva.

Este cruzamento de dados demonstra que as escalas podem ser muito úteis na seriação dos utentes, mas nada substitui o factor humano médico para entender o contexto do idoso e as suas dificuldades. Onde a escala mostra que aparentemente está tudo bem, podem existir problemas e haver espaço para intervenção médica positiva.

Este cruzamento de dados também tenciona mostrar que a AGG estaria incompleta se só aplicássemos as duas escalas anteriores e não avaliássemos outros campos da saúde dos idosos, como a marcha e a existência de depressão.

### 9.14.3 - Marcha

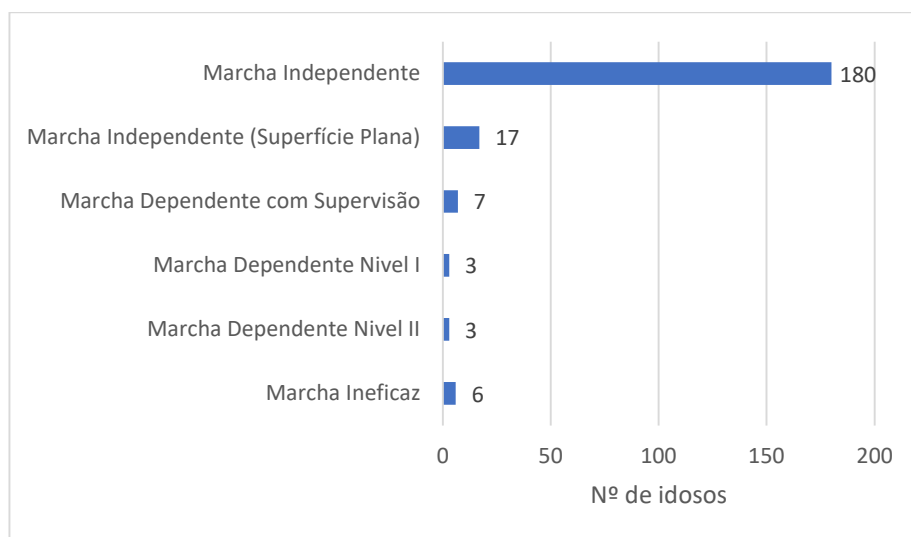
O processo de envelhecimento acompanha-se de alterações significativas do equilíbrio e da marcha que se agravam com a idade, podendo comprometer seriamente a autonomia e a independência do idoso. Uma das consequências mais dramáticas destas perturbações é a queda, causa maior de incapacidade e morte nos idosos, e a sua prevenção pressupõe a avaliação obrigatória da capacidade da marcha.

O instrumento proposto pelo GERMI para esta avaliação é a Classificação Funcional da Marcha de Holden, conhecida como «Escala de Holden», sendo assim que a designaremos no nosso trabalho. Foi proposta pela primeira vez em 1984 pela Dra. Maureen K. Holden, Professora de Neurologia em Boston, num estudo realizado com doentes hemiparéticos e com Esclerose Múltipla (Holden, 1984). Avalia a marcha do idoso em função da sua capacidade de andar sozinho ou de necessitar de pequena ou grande ajuda para se deslocar em superfícies planas, inclinadas ou em escadas. De acordo com o resultado da avaliação, o idoso é classificado em uma de cinco categorias que vão da marcha ineficaz à marcha independente.

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Figura 20 – Escala de Holden

Os resultados obtidos após a aplicação da Escala de Holden ao total de idosos, são os seguintes:



**Figura 21** – Distribuição dos idosos pelas categorias de marcha de Holden

A grande maioria de idosos situa-se na categoria de marcha independente (83,3%), seguida das categorias de marcha independente - superfície plana (7,8%) e de marcha dependente com supervisão (3,2%). A categoria dos idosos com marcha ineficaz apresenta um total de seis indivíduos (2,7%). As categorias de marcha dependente nível I e nível II são as menos representativas, apresentando três utentes cada uma (1,4%).

A aplicação da Escala de Holden requer também o registo das ajudas utilizadas pelos idosos, se forem necessárias; não só o tipo (bengalas, muletas ou andarilhos) mas também o número:

**Quadro XLV** – Distribuição das ajudas por categoria de Holden

Categorias de Holden	Nº de utentes	Tipos e nº de ajudas
<b>Marcha ineficaz</b>	6	-
<b>Marcha dependente – Nível II</b>	3	1 utente usa 1 bengala 1 utente usa 1 andarilho
<b>Marcha dependente – Nível I</b>	3	1 utente usa 2 muletas
<b>Marcha dependente com supervisão</b>	7	1 utente usa 1 bengala 1 utente usa 2 muletas
<b>Marcha independente – Superfície plana</b>	17	8 utentes usam 1 bengala 1 utente usa 1 muleta
<b>Marcha independente</b>	180	3 utentes usam 1 bengala 1 utente usa 1 muleta

A categoria de marcha de Holden em que mais ajudas são utilizadas é a categoria de marcha independente – superfície plana. Em todas as categorias, a ajuda mais utilizada é a bengala, e a menos utilizada é o andarilho.

O seguinte quadro mostra a distribuição dos idosos pelas várias categorias de marcha de Holden, sexo e média de idades:

**Quadro XLVI** – Distribuição por categoria de marcha, nº idosos, sexo e média de idades

<b>Categorias de marcha de Holden</b>	<b>Nº Total de idosos</b>	<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>Média de idades</b>
<b>Marcha ineficaz</b>	6	1	5	89,2
<b>Marcha dependente – Nível II</b>	3	1	2	89,3
<b>Marcha dependente – Nível I</b>	3	1	2	86
<b>Marcha dependente com supervisão</b>	7	4	3	81,5
<b>Marcha independente – Superfície plana</b>	17	2	15	81,2
<b>Marcha independente</b>	180	71	109	73,7

Em termos proporcionais o sexo feminino é o mais numeroso nas categorias de marcha ineficaz (3,7% das mulheres e 1,3% dos homens), marcha dependente – nível II (1,5% das mulheres e 1,3% dos homens), marcha dependente – nível I (1,5% das mulheres e 1,3% dos homens) e marcha independente – superfície plana (11% das mulheres e 2,5% dos homens). O sexo masculino é o mais prevalente nas categorias de marcha dependente com supervisão (5% dos homens e 2,2% das mulheres) e marcha independente (88,8% dos homens e 80,1% das mulheres).

A média de idades tem uma progressão inversamente proporcional ao grau de independência de marcha, e, varia desde os 89,2 anos nos indivíduos com marcha ineficaz, aos 73,7 anos nos indivíduos com marcha independente.

A seguinte tabela mostra a distribuição dos idosos pelas categorias de marcha de Holden, de acordo com o local onde habita e com quem coabita:

**Quadro XLVII** – Distribuição por categoria de Holden e conjuntura habitacional e familiar

		Marcha Ineficaz	Dependente Nível II	Dependente Nível I	Dependente com supervisão	Independente (superfície plana)	Independente
Domicílio próprio	Com cônjuge	-	-	1	3	5	106
	Sozinho	-	-	-	1	6	39
	Com os filhos	3	-	1	3	2	17
Domicílio de familiares	Com os filhos	3	2	1	-	1	8
	Outro familiar	-	1	-	-	3	10

Analisando a tabela, constatamos que as alterações da marcha limitam muito a independência. Dos idosos enquadrados nos três níveis de maior dependência, nenhum deles consegue viver sozinho e apenas um deles consegue habitar o seu domicílio com o cônjuge. Os restantes habitam no seu domicílio supervisionados pelos filhos, ou vivem na casa destes ou de outros familiares.

**Comentário:** Faria sentido ter incluído uma questão acerca de antecedentes de quedas nos idosos estudados. Tal permitiria perceber a frequência deste evento e também detectar uma possível correlação entre as quedas e a necessidade de abandono do seu domicílio habitual. Fica a ideia para um próximo trabalho.

Relativamente às comorbilidades, começemos por relacionar as categorias de marcha com o IMC dos idosos:

**Quadro XLVIII** – Distribuição por categorias de Holden e IMC

	Baixo Peso	Peso Normal	Excesso Peso	Obesidade
Marcha Ineficaz	3	1	1	1
Marcha Dependente – Nível II	1	2	-	-
Marcha Dependente – Nível I	-	-	1	2
Marcha Dependente com Supervisão	-	2	2	3
Marcha Independente – Superfície Plana	2	-	6	9
Marcha Independente	4	35	82	59

Existem 9 idosos nas duas categorias de marcha de maior fragilidade. Os indivíduos com baixo peso constituem 44% deste subgrupo de doentes.

**Comentário:** Os idosos mais fragilizados e com menor mobilidade perdem massa muscular por desuso da sua musculatura, o que por sua vez agrava ainda mais a perda de mobilidade. O déficit da capacidade da marcha funciona como um factor deletério abrangente, que aumenta não só o isolamento do idoso e a sua dependência, mas também potencia uma cascata neuromuscular negativa que culmina na perda de capacidades cognitivas.

Relativamente a outras comorbilidades nos grupos mais fragilizados de marcha ineficaz e marcha dependente de nível I e II, o panorama é muito semelhante ao já descrito, com predomínio das doenças cardiovasculares, patologia osteoarticular, patologia neurológica e défices de visão/audição.



#### 9.14.4 - Estado afectivo

As alterações do estado afectivo podem variar muito na sua forma e gravidade, assumindo múltiplas expressões somáticas e psíquicas que dificultam a distinção entre o patológico e o comportamental. O envelhecimento dificulta ainda mais esta distinção introduzindo variáveis de confundimento num sistema já bastante heterogéneo. Como nos lembra Ermida (2014), «dada a multiplicidade de factores de ordem vária e importância diversa, de natureza intrínseca ou extrínseca, que limitam e condicionam a vida do idoso no seu contexto familiar e social, as suas alterações de humor e as formas de expressão da sua afectividade devem ser apreciadas com algum cuidado. Será depressão ou será tristeza, devemos questionar-nos, porque o tratamento pode não ser o mesmo».

É importante lembrar que o uso de uma escala para a depressão não faz o diagnóstico desta patologia, mas permite um rastreio e uma orientação mais correcta. Poderá evitar o diagnóstico de depressão e subsequente medicação em certas situações de vida do idoso que constituem uma resposta adequada e expectável a dificuldades e problemas transitórios, e cuja solução não passa necessariamente pelo tratamento farmacológico.

O instrumento sugerido pelo GERMI para a avaliação do estado afectivo é a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, na sua versão curta de quinze perguntas. Pode ser utilizada em auto ou heteroaplicação, não existindo diferenças significativas nos estudos publicados, embora se admita que a autoaplicação envolva maior subjectividade do sujeito e conseqüente enviesamento dos resultados. Na heteroaplicação os resultados são optimizados pela empatia entre entrevistado e entrevistador, e a realização sem a presença de familiares ou cuidadores do idoso. Cada questão é respondida com “sim” ou “não”, recebendo 1 ponto cada resposta que esteja de acordo com a chave de pontuação. A soma da pontuação permite considerar três possibilidades que reflectem a gravidade da situação: sem depressão, depressão ligeira ou moderada, depressão grave.

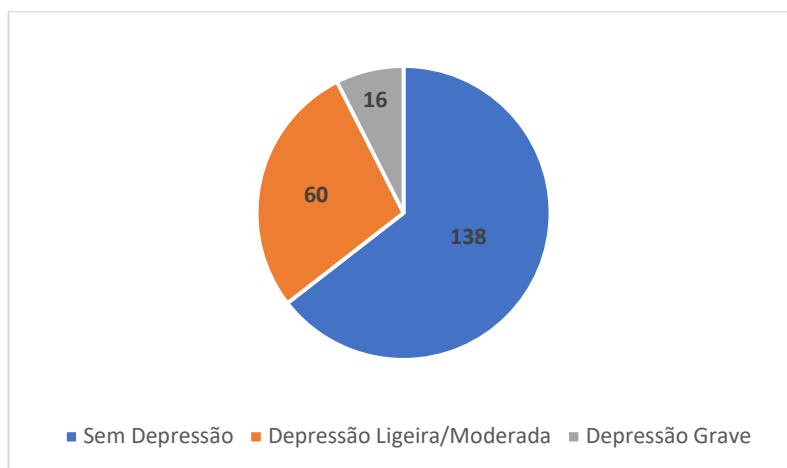
		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

**Figura 22** – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

**Quadro XLIX** – Pontuação e categorias de Yesavage

	Pontos
<b>Sem depressão</b>	0-5
<b>Depressão ligeira/moderada</b>	6-10
<b>Drepressão grave</b>	11-15

A seguinte figura ilustra a distribuição dos idosos após a aplicação da Escala de Yesavage:



**Figura 23** – Distribuição dos idosos pela Escala de Yesavage

A maioria dos idosos situa-se na categoria dos que não têm depressão (63,9% do total). A categoria seguinte é a dos doentes em situação de possível depressão ligeira ou moderada (27,7%) seguida dos doentes em possível depressão grave (7,4%).

Realço a existência de duas doentes cuja situação clínica não lhes permitia colaborar na aplicação da escala de Yesavage: uma idosa com 104 anos, acamada, em fragilidade extrema, e, outra idosa de 70 anos, com défice mental.

Recordemos que a aplicação da escala não faz o diagnóstico de depressão, mas permite um rastreio desta patologia. Portanto, pela escala de Yesavage identificámos 76 idosos em provável depressão, cuja distribuição é expressa com maior pormenor no seguinte quadro:

**Quadro L** – Distribuição por categorias de Yesavage, nº idosos, sexo, média de idades e nº acamados

Categorias	Nº de doentes			Média de idades	Nº de acamados
	Masc.	Fem.	Total		
Sem depressão	63	75	138	73,6	1
Depressão ligeira/moderada	14	46	60	78,6	2
Depressão grave	3	13	16	76,3	1
Não responde	-	2	2	87	1
	<b>80</b>	<b>136</b>	<b>216</b>		<b>5</b>

Em termos proporcionais o sexo feminino é o mais prevalente nas categorias de depressão ligeira/moderada (33,9% das mulheres e 17,5% dos homens) e depressão grave (9,6% das mulheres e 3,8% dos homens). O sexo masculino é o mais prevalente na categoria dos indivíduos sem depressão (78,8% dos homens e 55,1% das mulheres).

Não parece existir relação entre a existência de depressão e a faixa etária, com a média de idades a oscilar nas várias categorias da escala de Yesavage.

Também não parece haver relação entre os acamados e a possibilidade de depressão, existindo acamados em todas as categorias, o que nos induz à formulação da hipótese de que o estado afectivo não depende apenas do estado de saúde, mas sim de uma conjunção de múltiplos factores.

Relativamente ao lugar onde vive e com quem vive, a distribuição dos utentes segundo a categoria da escala de Yesavage é a seguinte:

**Quadro LI** – Distribuição por categorias de Yesavage e conjuntura habitacional e familiar

		<b>Sem Depressão</b>	<b>Depressão Ligeira/Moderada</b>	<b>Depressão Grave</b>
<b>Domicílio próprio</b>	<b>Com cônjuge</b>	90	22	3
	<b>Sozinho</b>	22	19	5
	<b>Com os filhos</b>	17	7	2
<b>Domicílio de familiares</b>	<b>Com os filhos</b>	6	6	2
	<b>Outro familiar</b>	3	6	4

Os resultados parecem confirmar o lugar-comum de que a solidão predispõe ao aparecimento de depressão. Os idosos isolados constituem 15,9% dos que não têm depressão, mas a sua proporção aumenta para o dobro nos indivíduos em risco de depressão ligeira/moderada (31,6% de idosos isolados) e depressão grave (31,3% de idosos isolados).

Outro factor predisponente à depressão é o afastamento dos idosos do seu domicílio. Dos idosos a viver em casa dos filhos, 40% foram considerados em depressão ligeira/moderada e 13,3% em depressão grave, num total de 53,3% de idosos deprimidos. Nos idosos que vivem em casa de outro familiar a proporção de indivíduos deprimidos atinge os 71,4% (42,8% em depressão ligeira/moderada e 28,6% em depressão grave). Estes valores poderiam ser ainda maiores, pois as duas doentes que não conseguiram responder pertenciam a este grupo.

Outro aspecto a relacionar com a prevalência de depressão é o estado civil dos idosos, nomeadamente a viuvez:

**Quadro LII** – Distribuição por categorias de Yesavage e estado civil

	<b>Solteiro</b>	<b>União facto</b>	<b>Casado</b>	<b>Divorciado</b>	<b>Viúvo</b>
<b>Sem depressão</b>	8	1	92	8	29
<b>Depressão ligeira/Moderada</b>	6	-	23	2	29
<b>Depressão grave</b>	-	-	8	-	8

Os viúvos constituem 21% dos indivíduos sem depressão, mas a sua proporção aumenta para 48,3% nos idosos em depressão ligeira/moderada e para 50% nos idosos em depressão grave.

**Comentário:** o Médico de Família está na linha da frente de apoio ao idoso quando se dão estas reconfigurações familiares e habitacionais. O seu posto de vigia tem um ângulo de visão privilegiado para os sinais e sintomas de depressão que tantas vezes se ocultam sob a máscara da somatização.

Relativamente ao grau de actividade dos idosos e ao facto de “ainda tratarem da sua vida e das suas coisas”, a distribuição dos utentes foi a seguinte:

**Quadro LIII** – Distribuição por categorias de Yesavage e grau de actividade

	<b>Sem depressão</b>	<b>Depressão ligeira/moderada</b>	<b>Depressão grave</b>
<b>Activo</b>	122	35	7
<b>Não activo</b>	14	25	9

A proporção de idosos não activos aumenta com o grau de depressão, alcançando um máximo de 56,2% de indivíduos não activos na categoria dos idosos em depressão grave. Fica a questão de qual será a causa ou a consequência neste processo. Será a depressão a provocar inactividade, ou o inverso?

**Comentário:** O Médico de Família é central no fomento da prática de exercício e na optimização de todas as capacidades do idoso, aumentando a sua independência e autonomia, e diminuindo a prevalência de depressão.

Por falar em prevalência de depressão, está na altura de confrontarmos os resultados da aplicação da Escala de Yesavage com os dados coligidos anteriormente, que nos mostravam os diagnósticos de depressão registados no processo clínico.

**Quadro LIV** – Comparação entre os casos de depressão registados em processo clínico e os sugeridos pela Escala de Yesavage

	<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Perturbação Depressiva (P76) registada no processo clínico	7	41	48	22,2
Eventual Perturbação Depressiva pela aplicação Escala de Yesavage	17	59	76	35,5

Nos registos em processo clínico a Patologia Depressiva estava documentada em 22,2% dos idosos. Após a aplicação da Escala de Yesavage a prevalência poderia aumentar para 35,5%, caso se confirmassem todos os casos identificados.

**Comentário:** Mesmo que a aplicação da Escala de Yesavage não realize o diagnóstico definitivo de Perturbação Depressiva em todos os casos identificados, revelará um número significativo de idosos cujos sintomas depressivos escaparam ao crivo das consultas habituais. O estudo mais aprofundado destes idosos em consultas subsequentes teria confirmado, ou não, a existência de patologia depressiva. Infelizmente, não tenho forma de confirmar esses casos porque já não trabalho no mesmo local nem no mesmo ficheiro de doentes. Assumindo a melhoria de capacidade diagnóstica da depressão em 13,3%, este valor demonstra o benefício da aplicação da escala de Yesavage em termos de AGG, pois um número significativo de idosos teria ficado por diagnosticar e tratar.

No tratamento da Patologia Depressiva é muito frequente a terapêutica medicamentosa, sendo pertinente confrontar os resultados da aplicação da Escala de Yesavage com as prescrições de medicação ansiolítica e antidepressiva:

**Quadro LV** – Idosos medicados com psicofármacos

		<b>Masc.</b>	<b>Fem.</b>	<b>Total</b>		
<b>Ansiolíticos, sedativos, hipnóticos</b>	Benzodiazepinas	11	51	62	64	
	Zolpidem	1	1	2		
<b>Antipsicóticos</b>	Melperona	-	1	1	12	
	Olanzapina	-	1	1		
	Quetiapina	2	5	7		
	Risperidona	-	2	2		
	Tiaprida	-	1	1		
<b>Antidepressores</b>	<b>Tricíclicos e afins</b>	Amitriptilina	2	2	4	36
		Dosulepina	-	2	2	
		Trazodona	2	9	11	
	<b>ISRS</b>	Escitalopram	1	4	5	
		Fluoxetina	-	3	3	
		Paroxetina	-	5	5	
		Sertralina	1	4	5	
	<b>ISRSN</b>	Venlafaxina	-	1	1	

O número de idosos medicados com antidepressivos (36 utentes) é inferior ao número de diagnósticos de depressão documentados no processo clínico.

**Comentário:** Este aparente subtratamento pode dever-se ao facto de alguns idosos com depressão estarem medicados com fármacos classificados como antipsicóticos (como por exemplo a quetiapina), devido a sintomatologia que o justifique.

Se a verbalização das suas queixas for mais indicativa de ansiedade ou de problemas de sono, alguns idosos poderão estar medicados apenas com BZD. A aplicação da escala de Yesavage poderá otimizar os diagnósticos captando os idosos com patologia depressiva, permitindo o seu correcto tratamento, e diminuindo o consumo de BZD que tanto se tende a eternizar.

Por último, gostaria de chamar a atenção para uma limitação da Escala de Yesavage. Segundo Montorio *et al* (1996) «as propriedades psicométricas da Escala de Depressão Geriátrica não são tão satisfatórias quando usadas em doentes institucionalizados em comparação com doentes na comunidade». Isto está relacionado com a maior prevalência de indivíduos com demência na população institucionalizada, pois os mesmos autores acrescentam que «a Escala de Depressão Geriátrica tem validade limitada em doentes com demência ligeira a moderada. Devido às suas limitações de memória, podem não recordar-se com precisão do seu estado e sentimentos nas últimas semanas, como pedido na aplicação da escala».

Com esta chamada de atenção temos o enquadramento para passar à escala seguinte na AGG.

### 9.14.5 - Estado Cognitivo

O envelhecimento pode conduzir a alterações de grau variável nas várias componentes do processo cognitivo. Essas alterações podem não só influenciar a velocidade de raciocínio do idoso, mas ter impacto na sua relação com o ambiente familiar e social, reflectindo-se na qualidade de vida, o que torna a avaliação do estado cognitivo obrigatória na AGG.

Ermida (2014) fala-nos de dois tipos de avaliação possíveis. Pode optar-se «por uma avaliação estruturada, utilizando como instrumentos a entrevista e a observação directa das atitudes e comportamentos do idoso, ou pela avaliação não estruturada recorrendo a instrumentos de tipo vário como questionários, escalas, testes diversos: de detecção, de avaliação, de deterioração. O primeiro tipo de avaliação é mais demorado, mais trabalhoso, com maior peso subjectivo do entrevistador. A avaliação não estruturada é mais simples, mais rápida, mais objectiva, mais reprodutível e é mais bem aceite pelo idoso, estando por isso mais próxima do que se pretende com a AGG».

A ferramenta recomendada pelo GERMI para avaliação do estado cognitivo é a escala «*Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein», proposta pela primeira vez pelo casal Marshal F. Folstein e Susan E. Folstein numa publicação em 1975 (Folstein *et al*, 1975). Segundo Susan Folstein (2010), os autores sentiram necessidade de criar este instrumento quando trabalhavam «com doentes idosos num serviço de Geriatria Psiquiátrica com elevada prevalência de depressão, demência, *delirium* e esquizofrenia de início tardio. Precisávamos de um exame cognitivo quantitativo e prático que permitisse determinar a severidade do défice cognitivo e documentar eventuais melhorias ou agravamentos. Eu era interna de Psiquiatria, e o Marshal recém-especialista. Eu não ficava nada satisfeita quando ele me perguntava por informação cognitiva que eu não tinha averiguado nos doentes. Então, simplesmente pedi-lhe para escrever os itens que queria que eu perguntasse». E foi assim.

O MNSE permite avaliar a orientação temporal e espacial, a capacidade de atenção e cálculo, a memória de retenção e de evocação, a capacidade de linguagem e a habilidade construtiva. Consta de trinta questões distribuídas por seis grupos correspondentes às capacidades referidas, permitindo averiguar o grau de diminuição de cada uma delas. A cada resposta correcta é atribuído um ponto, exprimindo a pontuação total o grau de funcionamento do estado cognitivo.

A principal limitação que lhe foi apontada e amplamente revista em publicações posteriores foi a necessidade de correlacionar os dados com o nível de habilitações literárias do idoso avaliado, o que demonstrou não alterar o significado do teste. No caso de analfabetos não devem ser



consideradas questões relacionadas com cálculo, escrita e leitura, sendo a pontuação descontada no resultado final.

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_ Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_ Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_ Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_ Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_ Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)  
 "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".  
 Pera \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)  
 "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".  
 27\_ 24\_ 21\_ 18\_ 15\_

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correcta.)  
 "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".  
 Pera \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:  
 Relógio \_\_\_\_\_  
 Lápis \_\_\_\_\_


b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.  
 Pega com a mão direita \_\_\_\_\_  
 Dobra ao meio \_\_\_\_\_  
 Coloca onde deve \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.  
 Fechou os olhos \_\_\_\_\_

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. \_\_\_\_\_

**6. Capacidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correcta.)  
 Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. \_\_\_\_\_



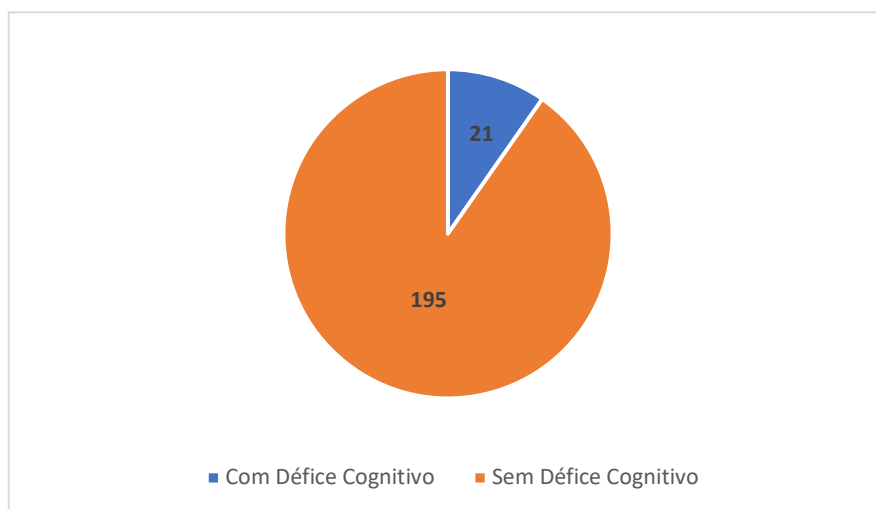
**TOTAL**(Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

Figura 24 – Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein

Quadro LVI – Pontuação do MMSE de Folstein (versão Portuguesa de Guerreiro *et al*)

São considerados com défice cognitivo	Pontos
Analfabetos	≤15
1 a 11 anos de escolaridade	≤22
Escolaridade superior a 11 anos	≤27

A distribuição dos 216 idosos após a aplicação do MMSE de Folstein é a seguinte:



**Figura 25** – Distribuição dos idosos pela aplicação do *Mini-Mental State* de Folstein

Constatamos que a maioria dos idosos estudados (90,3%) não é suspeita de padecer de défice cognitivo. A seguinte tabela ilustra a distribuição dos idosos em maior pormenor:

**Quadro LVII** – Distribuição dos idosos por categorias, nº total, sexo, média de idades, nº acamados

Categorias	Nº de doentes			Média de idades	Nº de acamados
	Masc.	Fem.	Total		
<b>Com défice cognitivo</b>	4	17	21	85,9	5
<b>Sem défice cognitivo</b>	76	119	195	74,2	-
	<b>80</b>	<b>136</b>	<b>216</b>		<b>5</b>

Em termos proporcionais registou-se um maior número de mulheres estudadas com défice cognitivo (12,5% das mulheres revelaram défice cognitivo na aplicação do MMSE contra apenas 5% dos homens).

A média de idades é manifestamente superior nos indivíduos suspeitos de padecerem de défice cognitivo.

Todos os indivíduos acamados foram considerados como tendo défice cognitivo pela aplicação do MMSE.

Relativamente à casa em que vivem e com quem vivem, a distribuição dos idosos estudados foi a seguinte:

**Quadro LVIII** – Distribuição dos idosos por categorias e conjuntura habitacional e familiar

		<b>Com défice cognitivo</b>	<b>Sem défice cognitivo</b>
<b>Domicílio próprio</b>	<b>Com cônjuge</b>	5	110
	<b>Sozinho</b>	1	45
	<b>Com os filhos</b>	7	19
<b>Domicílio de familiares</b>	<b>Com os filhos</b>	5	10
	<b>Outro familiar</b>	3	11

A maioria dos idosos com défice cognitivo residia em domicílio próprio, embora a maioria fosse vigiada pelos cônjuges e filhos coabitantes. Registou-se apenas um caso em que o idoso residia sozinho.

**Comentário:** Este caso, M.A.E.C., uma idosa de 82 anos, residia no centro da vila de Ansião com a filha e a neta a viver muito próximo, prestando-lhe uma vigilância inexecutável e assistência sempre que necessário, o que permitiu à doente continuar no seu espaço habitual, sendo muito benéfico para si. Um dos melhores exemplos de entajuda familiar com que me deparei. Esta idosa foi encaminhada à consulta externa de Psiquiatria após aplicação do MMSE e passou a ser seguida também nessa especialidade.

Relativamente à distribuição dos idosos de acordo com o estado civil:

**Quadro LIX** – Distribuição dos idosos por categorias e estado civil

	<b>Solteiro</b>	<b>União facto</b>	<b>Casado</b>	<b>Divorciado</b>	<b>Viúvo</b>
<b>Com défice cognitivo</b>	2	-	6	-	13
<b>Sem défice cognitivo</b>	13	1	117	10	54

A proporção de viúvos é muito superior nos idosos com défice cognitivo (61,9%) comparativamente aos idosos sem défice cognitivo (27,7%).

**Comentário:** A viuvez constitui um período de crise do qual muitos idosos nunca chegam a recuperar. Mais do que a perda da companhia de toda uma vida, a morte do cônjuge pode ser encarada como o ataque supremo ao cerne do bem-estar do idoso, mostrando-lhe por antecipação o que lhe irá suceder a si. Margarida Pedroso de Lima (2016) citando Palmore (1995), destaca «três dimensões importantes para definir um envelhecimento com sucesso: sobrevivência (longevidade), saúde (ausência de incapacidades) e satisfação com a vida (felicidade)». Fazendo uma analogia às situações stress pós-traumático de guerra, a morte de um companheiro de vida afecta simultaneamente estas três dimensões. Referindo novamente Pedroso de Lima (2016), «na salvaguarda do bem-estar na terceira idade, existem desafios e dificuldades passíveis de serem encontrados. Desde logo, o aumento da síndrome de stress crónico; a incapacidade, disfuncionalidade e morbilidade; o desafio de morrer com dignidade; a diminuição da autoplaticidade das pessoas idosas; a falta de estratégias efectivas para lidar com os ganhos e as perdas na idade avançada». Toda esta perda de potencial adaptativo latente (físico e mental) se manifesta numa perda do potencial cognitivo e de aprendizagem potenciada pela solidão da viuvez.

Relativamente à aplicação do MMSE e ao grau de actividade dos idosos ou ao facto de “ainda tratarem da sua vida e das suas coisas”, a distribuição dos utentes foi a seguinte:

**Quadro LX** – Distribuição dos idosos por categorias e grau de actividade

	<b>Com défice cognitivo</b>	<b>Sem défice cognitivo</b>
<b>Activo</b>	6	160
<b>Não activo</b>	15	35

A proporção de não activos é muito superior nos idosos com défice cognitivo (71,4%) comparativamente aos idosos sem défice cognitivo (17,9%). Mais uma vez nos deparamos com a questão de qual será a causa ou a consequência neste processo. Será o défice cognitivo a despoletar a inactividade, ou o contrário?

Relativamente à prevalência do défice cognitivo, está na altura de confrontarmos os dados resultantes da aplicação do MMSE, com os dados que nos mostravam os diagnósticos de demência registados no processo.

**Quadro LXI** – Casos documentados no processo clínico e os identificados pela aplicação do MMSE de Folstein

Problema de Saúde	Masculino	Feminino	Total	% (n=216)
Demência (P70) documentada no processo clínico	3	11	14	6,5
Défice Cognitivo pela aplicação do MMSE	4	17	21	9,7

A prevalência do défice cognitivo aumenta de 6,5% para 9,7% após a aplicação do MMSE, o que constitui um aumento de 50% nos casos identificados.

**Comentário:** Recordemos que a simples aplicação da escala não faz o diagnóstico de demência. Os doentes que revelaram défice cognitivo na aplicação do MMSE foram estudados em maior pormenor e referenciados a uma consulta de Neurologia ou Gerontopsiquiatria para ulterior investigação e diagnóstico definitivo. Infelizmente já não tenho acesso a esses dados por não estar ao serviço no mesmo local.

Esta última justificação explica a informação exposta no seguinte quadro, que nos mostra a quantidade de fármacos prescritos para o tratamento sintomático das demências no total de idosos estudados:

**Quadro LXII** – Prescrição de medicamentos utilizados no tratatamento sintomático das funções cognitivas

		Masc.	Fem.	Total	
Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das funções cognitivas	Medic. usados no trat. sint. demência	Donepezilo	-	3	3
		Galantamina	-	1	1
		Memantina	-	2	2

Apenas uma pequena minoria - cinco doentes – se encontra medicada com fármacos usados no tratamento sintomático das funções cognitivas.

**Comentário:** Como referido anteriormente, a suspeita de défice cognitivo pode não se confirmar em todos os idosos. Trata-se de um diagnóstico difícil e, muitas vezes, moroso. Entre a detecção de défice cognitivo e a confirmação de demência há todo um caminho que passa pela distinção entre o que é patológico e o que se deve ao envelhecimento normal, de que o *mild cognitive*

*impairment* ou défice cognitivo ligeiro (DCL) é cada vez mais um protagonista a considerar (Santana, 2014).

Não deixa de haver também alguma controvérsia relativamente à eficácia desta medicação. Por outro lado, apenas os Psiquiatras e Neurologistas estão autorizados a prescrevê-la e a renová-la, e, algumas vezes, tenho notado uma grande dificuldade dos utentes em conseguirem continuidade devido a atrasos ou desmarcações nas consultas destas especialidades, servindo de pretexto a muitos utentes para a interrupção.

Relativamente às comorbilidades, nestes 21 idosos com défice cognitivo as doenças cardiovasculares não são o grupo principal de patologia acompanhante. A patologia mais comum neste grupo é o défice visual (nas suas várias vertentes de retinopatia, erro de refração, catarata, etc.) encontrado em 18 idosos. Destes, apenas 6 idosos (1/3 dos casos) usam óculos.

Seguidamente encontramos a HTA em 17 utentes, demência (14 utentes), dislipidemia (12 utentes), ansiedade (9 utentes) e Diabetes mellitus (8 utentes).

**Comentário:** Os resultados obtidos vão ao encontro de vários estudos recentes, como por exemplo, o de Zheng *et al* (2018) realizado nos EUA com 2520 idosos entre os 65 e os 84 anos, que registou «uma relação transversal e longitudinal entre défice de visão e declínio cognitivo, com a baixa de visão a ter uma relação mais forte com o défice cognitivo do que o inverso». Os autores concluem que «o agravamento da visão nos idosos pode estar adversamente associado com défice cognitivo no futuro. Manter uma boa visão pode constituir uma importante estratégia de intervenção para a diminuição de declínio cognitivo relacionado com o envelhecimento».

### 9.14.6 - Estado Nutricional

Os idosos são o grupo etário de maior risco nutricional. Ermida (2014) aponta várias causas de malnutrição e desnutrição no idoso: restrições físicas, restrições económicas, pluripatologia e polifarmácia, solidão e dependência, hábitos alimentares, mitos e preconceitos, institucionalização e muitos outros.

A malnutrição, agravante do processo de envelhecimento, apresenta neste grupo etário formas diversas que vão da obesidade à desnutrição grave, passando pela subnutrição e por carências de nutrientes vários. A desnutrição é particularmente grave porque ela própria, quando não corrigida a tempo, induz mais desnutrição. Não obstante a sua correcção quando diagnosticada, há sobretudo que a prevenir, o que assenta no conhecimento dos seus factores de risco e na avaliação nutricional regular.

A avaliação nutricional do idoso é um processo relativamente complexo que, além da avaliação clínica, envolve pesquisa de informação sobre os seus hábitos alimentares, determinação de parâmetros antropométricos e a execução de análises bioquímicas, devendo ser reservada para situações de malnutrição comprovadas ou previamente rastreadas. É este objectivo de rastreio que a AGG procura realizar.

O instrumento aconselhado pelo GERMI é o *Mini Nutritional Assessment* – MNA, criado originalmente em 1990 por Guigoz, Vellas, *et al.* Este instrumento estava originalmente desenhado para aplicação em cerca de 15 minutos, podendo levar mais tempo em doentes fragilizados ou se fosse necessário o apoio dos cuidadores. Com o propósito de desenhar uma ferramenta mais prática mantendo a eficácia e precisão da original, Rubenstein *et al* (2001) propuseram uma versão modificada e mais curta, a *MNA Short Form* (MNA-SF), da qual constavam o IMC, perda de peso, evento stressante ou doença aguda recente, mobilidade, problemas neuropsicológicos, perda de apetite ou dificuldade em alimentar-se. Esta equipa propôs o estabelecimento do MNA-SF como instrumento de rastreio para rápida identificação dos doentes que necessitariam investigação mais profunda (Kaiser *et al*, 2009). Assim, o MNA-SF separa os doentes em dois grupos: “estado nutricional normal” e “possível malnutrição”, sendo este último dividido de acordo com as categorias do MNA original em doentes “em risco” e doentes “desnutridos”. Estas alterações foram incorporadas na actualização do MNA, que actualmente apresenta dois passos: inicia-se com a triagem dos seis itens do MNA-SF, e se o doente atingir uma pontuação  $\leq 11$  pontos deve realizar-se o questionário completo (Bauer *et al*, 2014).

Apelido: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso, kg: \_\_\_\_\_ Altura, cm: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

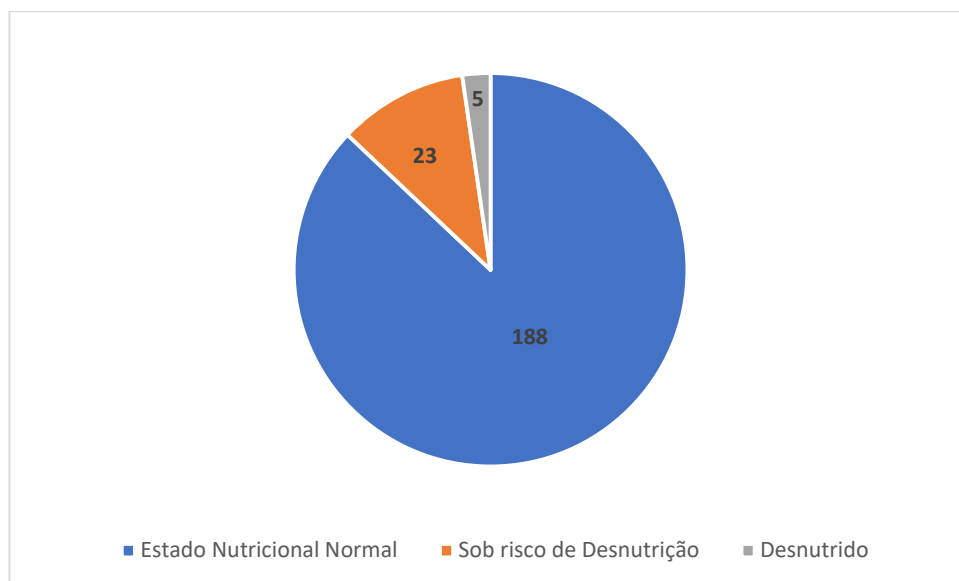
Triagem	
<b>A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</b> 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
<b>B Perda de peso nos últimos 3 meses</b> 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
<b>C Mobilidade</b> 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
<b>D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</b> 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
<b>E Problemas neuropsicológicos</b> 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
<b>F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m<sup>2</sup>])</b> 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
<b>Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)</b> 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação global	
<b>G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)</b> 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
<b>H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?</b> 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
<b>I Lesões de pele ou escaras?</b> 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
<b>J Quantas refeições faz por dia?</b> 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
<b>K O doente consome:</b> • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?</b> 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
<b>M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?</b> 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>N Modo de se alimentar</b> 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
<b>O O doente acredita ter algum problema nutricional?</b> 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
<b>P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?</b> 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Q Perímetro braquial (PB) em cm</b> 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>R Perímetro da perna (PP) em cm</b> 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
<b>Avaliação global (máximo 16 pontos)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Pontuação da triagem</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Pontuação total (máximo 30 pontos)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Avaliação do Estado Nutricional</b>	
de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos <input type="checkbox"/>	desnutrido

**Referências**  
1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.  
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M36-377.  
3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M  
Para mais informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

Figura 26 – Mini Nutricional Assessment – MNA

A distribuição do número total de utentes após a aplicação do questionário foi a seguinte:





**Figura 27** – Distribuição dos idosos pela aplicação do *Mini Nutricional Assessment* – MNA

Pela aplicação das questões de triagem do MNA, a maioria dos idosos (87% do total) revelou um estado nutricional normal, registando-se ainda 23 idosos em risco de desnutrição (10,6%) e 5 idosos (2,3%) desnutridos.

A distribuição dos idosos é ilustrada em maior pormenor na seguinte tabela:

**Quadro LXIII** – Idosos por categorias de nutrição, nº total, sexo, média de idades e nº acamados

Categorias	Nº de idosos			Média de idades	Nº de acamados
	Masc.	Fem.	Total		
<b>Estado nutricional normal</b>	73	115	188	74,5	1
<b>Sob risco de desnutrição</b>	6	17	23	77,7	-
<b>Desnutrido</b>	1	4	5	90,8	4
	<b>80</b>	<b>136</b>	<b>216</b>		<b>5</b>

Em termos proporcionais o sexo feminino é o mais prevalente nas categorias de indivíduos sob risco de desnutrição (12,5% das mulheres e 7,5% dos homens) e indivíduos desnutridos (2,9% das mulheres e 1,3% dos homens). O sexo masculino é o mais prevalente na categoria de nutrição normal (91,3% dos homens e 84,6% das mulheres).

A média de idades aumenta com o grau de desnutrição. Os acamados distribuem-se pelas categorias de estado nutricional normal e de desnutrição, sendo em maior número nesta última.

Aos 28 idosos que tiveram pontuação  $\leq 11$  pontos nas questões de triagem foi aplicado a totalidade do questionário MNA, sendo o resultado expresso na seguinte tabela:

**Quadro LXIV** – Idosos com pontuação  $\leq 11$  pontos no MNA

por categorias nutricionais, n° total, sexo, média de idades e n° acamados

Categorias	N° de doentes			Média de idades	N° de acamados
	Masc.	Fem.	Total		
<b>Estado nutricional normal</b>	2	6	8	74	-
<b>Sob risco de desnutrição</b>	5	8	13	77,8	1
<b>Desnutrido</b>	-	7	7	92,7	3
	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>28</b>		<b>4</b>

Verifica-se uma redução do número de utentes sob risco de desnutrição, sendo a maioria redistribuídos para a categoria de estado nutricional normal e alguns realocados à categoria de desnutrição. No final do processo foram identificados 13 idosos sob risco de desnutrição e 7 idosos desnutridos, sendo todos estes últimos do sexo feminino. Relativamente à média de idades manteve-se a tendência verificada anteriormente.

Relativamente ao lugar onde vive e com quem vive, a distribuição dos utentes é a seguinte:

**Quadro LXV** – Distribuição dos idosos por categorias nutricionais e conjuntura habitacional e familiar

		Estado nutricional normal	Sob risco de desnutrição	Desnutrido
<b>Domicílio próprio</b>	<b>Com cônjuge</b>	112	3	-
	<b>Sozinho</b>	43	2	1
	<b>Com os filhos</b>	18	2	6
<b>Domicílio de familiares</b>	<b>Com os filhos</b>	13	2	-
	<b>Outro familiar</b>	10	4	-

Apenas um dos idosos desnutridos vivia sozinho; os restantes viviam nos seus domicílios sob supervisão dos filhos.

**Comentário:** Uma palavra de esclarecimento para o caso deste idoso sozinho e desnutrido. Tratava-se de M.N.M, 78 anos, sexo masculino, viúvo, analfabeto, agricultor reformado. Afirmava que havia sido roubado pelos filhos através de alguns negócios e escrituras, não tendo

qualquer suporte familiar. Vinha às consultas ocasionalmente com alguns vizinhos. Referia ter uma reforma escassa e passava por grandes dificuldades económicas, pelo que esta situação se reflectia, certamente, na sua alimentação.

Relativamente ao estado civil e eventual relação com o estado nutricional, a distribuição dos idosos foi a seguinte:

**Quadro LXVI** – Distribuição dos idosos por categorias nutricionais e estado civil

	<b>Solteiro</b>	<b>União facto</b>	<b>Casado</b>	<b>Divorciado</b>	<b>Viúvo</b>
<b>Estado nutricional normal</b>	11	1	120	10	54
<b>Sob risco de desnutrição</b>	4	-	3	-	6
<b>Desnutrido</b>	-	-	-	-	7

Todos os idosos desnutridos eram viúvos. A grande maioria dos utentes sob risco de desnutrição eram solteiros ou viúvos.

**Comentário:** Um dos aspectos notórios dos indivíduos em viuvez era o “desleixo” na confecção das refeições e nas horas das mesmas. Bastantes indivíduos viúvos do sexo masculino não sabiam cozinhar. Por outro lado, as senhoras viúvas passavam a não cozinhar porque «não justifica fazê-lo só para mim» e falhavam bastantes refeições...

Relativamente às comorbilidades, começamos pelo óbvio cruzamento entre os resultados do IMC e o estado nutricional dos utentes.

**Quadro LXVII** – Distribuição dos idosos por categorias nutricionais e IMC

	<b>Baixo Peso</b>	<b>Peso Normal</b>	<b>Excesso Peso</b>	<b>Obesidade</b>
<b>Estado nutricional normal</b>	1	35	89	71
<b>Sob risco de desnutrição</b>	3	4	3	3
<b>Desnutrido</b>	6	1	-	-

**Comentário:** Embora o IMC faça parte das seis questões de triagem do MNA, achei relevante colocar este quadro para realçar que um doente pode ser obeso ou com excesso de peso e ainda

assim estar sob risco de desnutrição, pelo que o Médico de Família deve estar atento e não se deixar enganar pelas aparências. Reside aqui a importância das seis perguntas iniciais do MNA, que, embora foquem o IMC também dão importância a factores como a imobilidade, doença aguda e stress recente, perda de peso recente e problemas neuropsicológicos.

No que respeita a outras patologias, não se encontraram diferenças significativas em termos de prevalência entre os indivíduos nas três categorias do MNA, com as patologias cardiovasculares a serem as mais prevalentes em todas as categorias.

## 10 - EM RESUMO

*«Por vezes, um bom resumo pode dizer mais sobre um romance do que um livro de duzentas páginas.»*

*Umberto Eco, Como se faz uma Tese em Ciências Humanas, 1977*

- Pretendeu-se com este trabalho apresentar um diagnóstico de situação num estudo descritivo populacional que possa ser replicado por qualquer Médico de Família na sua prática clínica normal e diária, permitindo saber como se encontra a população idosa a seu cargo.
- Em 4 meses foram estudados 216 utentes com idade igual ou superior a 65 anos (80 idosos do sexo masculino e 136 idosos do sexo feminino), representando 75% da população alvo.
- 96,7% das entrevistas decorreram no Centro de Saúde, sendo as restantes 3,3% realizadas no domicílio dos idosos.
- 89,4% dos idosos tinham uma escolaridade igual ou inferior à 4ª classe, com uma taxa de 23% de analfabetismo.
- Apenas 4 idosos não se consideravam oficialmente reformados. Os restantes tinham, na sua maioria, uma parca pensão por uma vida de trabalhos rurais ou por trabalhos domésticos de subsistência.
- 166 idosos (76,9% do total) consideravam-se a si próprios “ativos”.
- Nenhum dos idosos estava institucionalizado. 187 idosos habitavam o seu domicílio e 29 idosos residiam na casa de familiares (embora, por vezes, esta categorização fosse difícil).
- 17 idosos (7,9% do total) dispunham de apoio externo complementar à família, sendo a maioria constituída por apoio domiciliário.
- Registaram-se 5 idosos acamados, todos do sexo feminino, com idades entre os 88 e os 104 anos.
- Identificaram-se 1336 problemas de saúde nos idosos estudados (6,2 problemas por utente). O grupo de patologias mais prevalente foi o do sistema circulatório (22,1%) e o menos prevalente foi o do sangue, sistema hematopoiético, linfático e baço (0,07%).
- 110 idosos (51% do total) referiam dificuldades na visão; quase metade (45,5%) não usava óculos ou lentes de correcção.

- 81 idosos (38% do total) referiam problemas de audição e a esmagadora maioria (75 idosos) não usava prótese auditiva.
- 82 idosos (38% do total) referiam dificuldades na mastigação e a grande maioria (46 utentes) não usava prótese dentária.
- Identificaram-se 1114 prescrições crónicas (5,2 fármacos/idoso). O sistema cardiovascular originou maior número de prescrições crónicas (51,6% do total). Em segundo lugar surge o sistema nervoso central (15,5%), seguido do sistema locomotor (8,2%), do sistema endócrino (6,5%) e do sistema digestivo (6,1%). A revisão de terapêuticas motivada pela AGG permitiu identificar vários casos susceptíveis de desprescrição.
- No que diz respeito às AVD, 72,7% dos idosos encontravam-se em situação de independência total, 14,4% em dependência ligeira e 8,3% em dependência moderada. Existiam 4 idosos em dependência grave (1,9%) e 6 em dependência total (2,8%).
- No que diz respeito às AIVD, 69,9% dos idosos encontravam-se em situação de independência, 12% em dependência ligeira, 9,7% em dependência total, 5% em dependência moderada e 3,2% em dependência grave.
- Relativamente à marcha, 83,3% dos idosos encontravam-se na categoria de marcha independente, 7,8% em marcha independente - superfície plana, 3,2% em marcha dependente com supervisão e 2,7% de idosos revelava marcha ineficaz. As categorias de marcha dependente nível I e nível II foram as menos representativas, com 3 utentes cada (1,4%).
- Relativamente ao estado afectivo, a maioria dos idosos (63,9%) foi considerada “sem depressão” pela aplicação da escala de Yesavage, 27,7% em situação de possível depressão ligeira ou moderada, e, os restantes 7,4% em situação de possível depressão grave. No início do estudo a Patologia Depressiva estava documentada no processo clínico de 22,2% dos idosos; após a aplicação da Escala de Yesavage a prevalência poderia aumentar para 35,5%.
- A prevalência do défice cognitivo poderia aumentar de 6,5% para 9,7% após a aplicação do MMSE, constituindo uma subida de 50% nos casos de demência identificados.
- Relativamente ao estado nutricional, no final do processo de aplicação do MNA foram identificados 13 idosos em risco de desnutrição e 7 idosos desnutridos.

## II- COORDENADAS PARA O FUTURO DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL PELOS MÉDICOS DE FAMÍLIA

*Porque las cosas... bueno, las cosas, hay que hacerlas, no?*

*Sílvia Perez Cruz, Concerts Privats*

Ao olhar para o meu percurso académico e de inúmeros dos meus amigos e colegas, a noção que tenho é que estas teses de Licenciatura ou Mestrado se arriscam por vezes a ser só “mais uma linha no curriculum”, ficando na gaveta sem dar frutos. Não queria que fosse assim. Não tenho a pretensão de ter escrito um trabalho seminal e imprescindível. Iniciei a descrição referindo um dos seus múltiplos defeitos - que os tem - desde o tempo que levou a ser elaborado, até às dificuldades no tratamento estatístico descritivo. Mas é precisamente para o tratamento estatístico descritivo na AAG e para as suas potencialidades na Medicina Familiar que desejo chamar a atenção das entidades responsáveis pela Geriatria e pelos Cuidados Primários. De outra forma, não teria continuado tantos anos a pensar que este trabalho valia a pena.

Para percebermos os benefícios que podem resultar da introdução séria e sistematizada da AGG nos cuidados primários, façamos primeiro um enquadramento sobre o que se espera actualmente dos Médicos de Família no seguimento de doentes de risco nas mais variadas patologias. Por exemplo, em relação à vigilância em saúde infantil, vigilância das grávidas, vigilância dos doentes com Diabetes mellitus e HTA, em relação ao rastreio de várias neoplasias nos mais diversos subgrupos populacionais e idades, em todos estes casos se considerou imprescindível a capacitação dos Médicos de Família. Foi necessário que o *know-how* das várias especialidades saísse do Hospital para os Centros de Saúde de forma a massificar procedimentos técnicos. Os Médicos de Família são muitos e estão cada vez mais bem preparados. Quanto mais capacitados estiverem, melhor poderão colaborar com as especialidades hospitalares em benefício de todos.

Urge criar um grupo de trabalho de âmbito nacional e integrado pela Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar, para elaboração de protocolos de actuação clínica e organizacional em Geriatria nos Cuidados Primários. Se esse grupo já estiver formado, é imperioso a publicação formal de relatórios ou normas de actuação que possam servir de fio condutor à implementação à escala

nacional das melhores práticas nos cuidados ao idoso. Todos os Médicos de Família tratam idosos, mas é preciso que o comecem a fazer de uma forma mais sistematizada e organizada. O bom trabalho que desenvolvem com outros grupos e patologias, respeitando protocolos e normas de actuação, exercendo rastreios e encaminhamentos precoces, mostra que tal é possível e imperioso.

As autoridades na saúde consideraram – e bem – que os grupos de risco necessitam não só de medidas de carácter diagnóstico, mas sobretudo de medidas preventivas e de educação para a saúde. Actualmente, nas consultas de vigilância de grupos de risco como crianças, grávidas, mulheres em idade fértil ou em menopausa, diabéticos e hipertensos, todos têm uma avaliação inicial pelo serviço de enfermagem, incluindo avaliação das biometrias, vigilância vários de parâmetros e educação para a saúde. Segue-se a consulta médica que, para maioria dos grupos citados tem reservada pelo menos meia hora, dada a quantidade e diversidade de assuntos que é necessário ter em atenção.

Tal como foi pensado para outros grupos e patologias de risco, é igualmente necessário alocar espaços horários próprios e com tempo ajustado de consulta. Actualmente, os idosos, a menos que estejam incluídos em algum grupo de patologias de risco como a Diabetes por exemplo, apenas dispõem de 10 a 15 min de consulta e todas as suas consultas são tratadas e contabilizadas como de “doença” e não como de “vigilância”. Não sendo considerados oficialmente um grupo populacional com necessidades médicas específicas, um idoso de 80 anos de idade tem menos tempo de consulta disponível que um diabético de 30 anos. Se os idosos têm consultas mais demoradas isso deve-se à sensibilidade dos médicos de família que colocam em causa os tempos de espera, os indicadores de produtividade e as suas horas de descanso para oferecerem um nível condigno de cuidados. Não é de todo viável realizar AGG nestas condições.

Mas não são os tempos de consulta o mais premente. Se forem dadas aos médicos de família as ferramentas informáticas necessárias, a AGG surgirá em massa e tornar-se-á uma das nossas directrizes de trabalho. O trabalho que eu levei quase uma década a fazer, levará no futuro alguns minutos a todos os médicos de família. Não me refiro a eventuais aplicações de *smartphone*, sítios de internet com as escalas disponíveis, ou algo do género. Isso poderá funcionar numa medicina de casos pontuais ou no contexto domiciliário. O que falo é do óbvio: dado o envelhecimento generalizado da população, a estrutura global dos cuidados de saúde deve considerar os idosos



como um grupo de maior fragilidade e necessitando de atenção especial, e inserir um espaço próprio para a AGG nos sistemas informáticos usados pelos médicos de família, tal como se fez para outros grupos de risco.

As necessárias alterações informáticas terão de ser realizadas pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Os programas informáticos (o mais usado em cuidados primários é o SClínico) sofrem actualizações periódicas frequentes segundo as sugestões dos utilizadores, mas, penso que uma alteração desta dimensão é grande demais para passar no crivo das simples sugestões de melhoria que usualmente se enviam para o email dos SPMS. Terá de existir um trabalho de fundo, com o citado grupo de trabalho de âmbito nacional, para explicar às autoridades competentes em que consiste a AGG e quais os benefícios que se podem colher do estudo descritivo da população idosa.

Os benefícios para o sistema de saúde são enormes. Basta vermos o que sucede em relação aos outros grupos de risco. Com os dados actualmente inseridos no SClínico qualquer médico de família consegue facilmente perceber em minutos quais os diabéticos do seu ficheiro que têm HbA1c superior ao desejado ou quais os hipertensos mal controlados. Consegue perceber quais as crianças que faltaram às vacinas e às consultas de vigilância. Consegue perceber quantas mamografias e citologias do colo do útero as doentes realizaram, qual a percentagem de resultados malignos e quais faltaram ao rastreio.

Em relação ao grupo dos “idosos”, o médico de família não consegue fazer nada disto. Há um espaço comum na ficha dos doentes em que se pode preencher a escala de Barthel, Apgar familiar e Escala de Holmes, mas os benefícios práticos que se retiram daqui são quase nulos.

A minha sugestão é a seguinte: A seguinte figura mostra-nos o ecrã de SClínico que surge para um qualquer utente no dia-a-dia de trabalho de um médico de família.

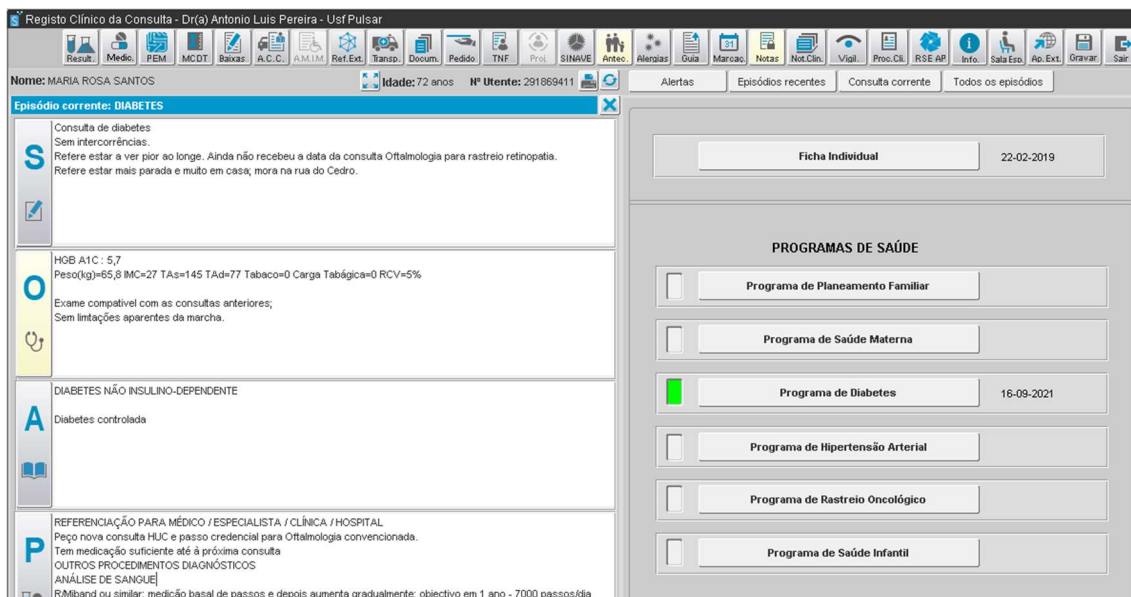


Figura 28 – Processo de um utente no SClínico em cuidados primários

Podemos constatar no lado direito da imagem a presença de vários botões informáticos dispostos na vertical. Cada um desses botões constitui um programa de saúde no qual o utente pode ser inserido caso se enquadre nos critérios pela sua idade, sexo, etc.



Figura 29 – Programas de Saúde para vigilância em Cuidados Primários

Abrindo por exemplo os programas de Diabetes, HTA, Saúde Infantil, Rastreamentos Oncológicos, o médico encontra vários campos que devem ser regularmente preenchidos quando os utentes são vistos em consulta de vigilância.

Diabetes - Dr(a) Antonio Luis Pereira

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**  
 Nome: FERNANDO MANUEL RODRIGUES GOLIVEIA Idade: 66 anos N° Uteente: 270734420 N° Processo: 525401 Vigiado na USFUCSP: Sim

**IDENTIFICAÇÃO**  
 Tipo: Tipo 2(T90) DM desde: 2019 AO desde: 2019 INS desde: Gripe: Pneumonia:

**VACINAÇÕES**  
 Gripe: Pneumonia:

**BIO**  
 Altura(cm): 167,0

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Parente	AVC	EAM	Diabetes	HTA	Dislipidemia
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FATORES DE RISCO**  
 Obesidade  Álcool  
 Excesso de peso  Dislipidemia  
 Sedentarismo  Hipertensão arterial  
 Tabagismo  Diabetes gestacional  
 Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

**COMPLICAÇÕES MICROVASCULARES**  
 Amputação:   
 Nefropatia:   
 Neuropatia:   
 Retinopatia:

**COMPLICAÇÕES MACROVASCULARES**  
 Doença coronária  
 Insuficiência cardíaca  
 AVC  
 Doença arterial periférica

**TERAPÉUTICA**  
 Laser  Diálise peritoneal  
 Injeção Intravítreo  Transplante renal  
 Hemodíalise  Coronarioplastia

**EDUCAÇÃO**  
 Individual  Grupo

**CONSULTAS** a partir de (ano) 2020 Medicação MCDT PA PI Guia do Diabético Não Rastreamentos Retinopatia Diabética OK Objectivos Próx. Consulta Copiar

NP	Data	Peso(kg)	IMC	P. Abd	TAs	TAd	MAIb	HbG1i	Glj-C	Oftalmologia	Risco P.d. Diabético	Álcool	Tabaco	Carga Tabagica	RCV	Ins	Big	Sul	Ini	Mgl	Gz	Dpp4	Est	Asp	IECA	ARA	Ag. GLP1	Glif	Data Pedit
	14-09-2021										Baixo				10%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10-07-2
	05-04-2021	72,7	26,1	97	123	75					Baixo				10%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	18-01-2021	72,5	26		148	79					Baixo				10%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	21-08-2020	70,5	25,3	91	113	69		5,9	123		Baixo				10%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Figura 30 – Programa de vigilância de Diabetes mellitus

HTA - Dr(a) Antonio Luis Pereira

**IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**  
 Nome: JOSE COSTA FERNANDES Idade: 66 anos N° Uteente: 274683295 N° Processo: 330701 Vigiado na USFUCSP: Sim

**IDENTIFICAÇÃO**  
 Tipo: Essencial HTA desde: Anti-hipertensor desde (ano): Tétano: Tipo: RH: Altura(cm): 169

**VACINAÇÕES**  
 Tétano: Tipo: RH: Altura(cm): 169

**HÁBITOS**  
 Álcool: Não Tabaco: Sim Med. Abuso: Não Drogas: Não

**LESÕES ORGÃOS ALVO**  
 AVC/AIT  HVE  Ateroma  Ins. Cardíaca  Rim  Retinopatia

**PATOLOGIAS ASSOCIADAS**  
 Nefropatia  Vascular  D. Coronária  EAM

**OUTRAS PATOLOGIAS**  
 Diabetes Mellitus  Diabetes gestacional  Dislipidemia

**CONSULTAS** a partir de (ano) 2017 Medicação MCDT Copiar

Data	Peso(kg)	IMC	TAs	TAd	MAIb	Álcool	Tabaco	Carga Tabagica	RCV	R	Risco Diabético	D	FC	TFGe	D	B	AC	IECA	ARA	Outra	Notas
17-09-2021						C			T		5%				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
22-03-2021						C			T		5%				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
14-08-2020	106	37,1	149	90		C	2	4	T		5%		64		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
17-06-2020	106,6	37,3	127	90		C			T		5%			122	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
24-09-2018	109,7	38,9	124	88	0	C	1	2	T		8%	Alto	76		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
08-02-2018				139	84	C			T				77		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
07-04-2017	106,7	37,8	127	92		C	1	1,5	T				67		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Figura 31 – Programa de vigilância de HTA

Rastreio Oncológico - Dr(a) Antonio Luis Pereira

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE  
 Nome: MARIA IRENE CARVALHO OLIVEIRA ALMEIDA Idade: 67 anos N°Utente: 275008030 N°Processo: 421702 Vigiado na USF/UCSP: Sim

BIO: Tipo: [dropdown] RH: [dropdown] Altura(cm): 168

HÁBITOS: Alcool: Não Tabaco: Não

ANTECEDENTES FAMILIARES:
 

Parente	CCR	Pólipos	C.Mama	C.Utero	C.Ovário
[dropdown]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[dropdown]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[dropdown]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[dropdown]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HISTÓRIA PREGRESSA: F.Mama: [dropdown] DII: [checkbox] Ca.Mama: [checkbox] Histerecto: [checkbox] Ca.Ovário: [checkbox] ITS: [checkbox] Pólipos: [dropdown] Outra: [dropdown]

CONSULTAS: a partir de (ano) [dropdown] Medicção MCDT Copiar

Data	Peso(kg)	IMC	TAS	TAd	Notas
16-09-2021					
20-09-2017	84	30,5	113	83	Colo muito posterior de difícil
16-11-2016	78	28,3	111	75	Colo muito posterior, sem alterações
08-07-2016			112	71	
30-05-2016	74	26,9	102	80	
11-01-2011	91	33	100	50	é vigiada em consulta de ginecologia

Rastreios: [dropdown] OK

Data Pedido	Data Realização	Ctol.	P	Mamo	M	PSOF	P	EDB	P	Data Resultado
16-09-2019	24-09-2019			R2						07-10-2019
20-09-2017	22-11-2017			R2						12-12-2017
	20-09-2017	NORMAL								03-01-2018
	16-11-2016	NORMAL								03-03-2017
15-09-2014	09-04-2015							NORMAL		04-05-2015
11-01-2011	15-03-2011	ANORMAL								15-03-2011

Figura 32 – Programa de rastreios oncológicos

Saúde Infantil - Dr(a) Antonio Luis Pereira

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE  
 Nome: MATEUS MARIA TEODORO CARVALHO Idade: 0A 6M 1D N°Processo: 532403 N°Utente: 256890092 Vigiado na USF/UCSP: Sim

Responsável 1: [dropdown] Responsável 2: [dropdown]

PERÍODO PRÉ-NATAL E NATAL: Doenças durante a gravidez: Neoplasia da mama [dropdown] Duração gravidez: 33 Semanas N° consultas gravidez: [dropdown]  
 Tipo de Parto: Cesariana Apgar: 7 [dropdown] 8 [dropdown] 9 [dropdown] Estatura: 44,5 cm Peso: 2,08 kg P.Cefálico: 32 cm Grupo Sanguíneo: [dropdown]  
 Local do Parto: CH MAT BISSAIA BARRETO Risco na Gravidez: Gravidez Risco [dropdown]  
 Epidural:  Reanimação:  Contacto pele com pele e aleitamento materno pelo menos durante a primeira hora de vida:

PERÍODO NEO NATAL:
 

<input type="checkbox"/> Asfria Perinatal	<input type="checkbox"/> Doença Metabólica	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Infecção Neonatal	<input type="checkbox"/> Vômitos	Rast. Auditivo Neonat. Univ. BCG
<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica	<input type="checkbox"/> Alterações Genéticas	<input type="checkbox"/> Eco Transfontanelar	<input type="checkbox"/> Lesão do Plexo Braquial	<input type="checkbox"/> Hemorragias	Otoemissões Acústicas
<input type="checkbox"/> Displasia Broncopulmonar	<input type="checkbox"/> Malformações Congénitas	<input type="checkbox"/> Alterações Neurológicas	<input type="checkbox"/> Internam. Neonatologia		Retinopatia da Prematuridade VHB
<input type="checkbox"/> Ictericia Cf Fototerapia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Neonatal	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input checked="" type="checkbox"/> Rast. Doenças Metabólicas		Aleitamento Materno até Alta

 Resumo do Internamento Neonatal: [dropdown] Ver detalhes

CONSULTAS: a partir de [dropdown] Medicção MCDT P. a Avaliar C. Antecipatórios Sheridan Sinais de alarme Avaliação do risco familiar SHIPI Copiar

Data	Idade	cm	Perc.	kg	Perc.	IMC	Perc.	cm	Perc.	O.D.	O.E.	TAS	TAd	Notas
16-09-2021	3M 0D	61	<3	7	3 a 15	16,04	15 a 50	44	50 a 85					
16-06-2021	3M 0D	56	<3	5,03	<3	16,04	15 a 50	37,5	3 a 15					
19-05-2021	2M 3D	52	<3	4,13	<3	15,27	15 a 50							
15-04-2021	0M 30D	46,5	<3	2,79	<3	12,9	3 a 15	34,5	<3					
01-04-2021	0M 16D			2,32	<3									
26-03-2021	0M 10D	44	<3	2,08	<3	10,74	<3	32	<3					

Figura 33 – Programa de Saúde Infantil

Através do preenchimento regular da escala de avaliação de risco cardiovascular, por exemplo, conseguimos perceber as eventuais melhorias ou agravamentos do utente neste aspecto. A visualização dos dados tem alertas de cor que ilustram de forma automática a evolução positiva (verde) ou negativa (vermelho) de um utente e realça os parâmetros em falta. Desta forma, a vigilância é otimizada e o estudo dos dados é facilmente disponibilizado ao médico de forma a poder identificar e seguir mais assiduamente os utentes em situação de maior risco.

Na realidade actual dos cuidados primários, um idoso que não sofra destas patologias não é inserido nestes programas, escapa à vigilância sendo oficialmente considerado em pé de igualdade com qualquer jovem de 20 anos...

A ideia é que a Avaliação Geriátrica Global constitua mais um dos programas de Saúde que pode ser escolhido pelo médico. O utente deveria ser incluído automaticamente neste programa de saúde quando os critérios etários forem atingidos. Se os dados pretendidos para o estudo da AGG (como as várias escalas que já citámos, IMC e inúmeras variáveis que se queiram estudar) estiverem predefinidos no futuro «Programa de Saúde de Avaliação Geriátrica Global», o seu preenchimento regular possibilitará a vigilância dos idosos e o estudo evolutivo das várias valências de AGG. Através de alertas informáticos será possível perceber automaticamente quais os idosos que nunca foram avaliados do ponto de vista das AVDB, AIVD, capacidade de marcha, estado afectivo, estado cognitivo e estado nutricional. Para os idosos que forem regularmente avaliados será possível perceber qual a sua evolução nas várias valências e quais os pontos de risco que suscitam cuidados complementares. Deverão existir – como existem para os restantes programas de Diabetes, HTA, rastreios oncológicos, etc – lembretes, alertas e avisos que mostrem a necessidade de actualizar medições de parâmetros ou realizar nova aplicação de uma escala. Será uma forma de realizar a AGG de forma sistematizada, num enquadramento não apenas individual, mas também populacional.

Todas as soluções informáticas que citei existem para seguimento de grupos etários e patologias específicas porque foi feita uma sensibilização dos médicos, autoridades e utentes para uma luta conjunta em prol da saúde nacional. Da mesma forma, cabe aos médicos Geriatras sensibilizarem todos estes agentes no sentido de dar à Geriatria as mesmas armas informáticas institucionais e as mesmas hipóteses de vigilância organizada aos nossos idosos.

No aspecto de “evangelização” para a AGG, atrevo-me a uma outra sugestão. Aproveitando o facto de actualmente existir uma cadeira de Geriatria na FMUC (que infelizmente não existia quando eu fui aluno da licenciatura) poderia ser inculcada desde cedo nos alunos a necessidade de praticar a Avaliação Geriátrica Global e torná-la um procedimento que todos devam saber fazer e realizar pelo menos uma vez, independentemente da área ou especialidade que venham a escolher.

O princípio em si, não é muito diferente do realizado em Pediatria, cadeira na qual todos os alunos de Medicina têm um recém-nascido atribuído, devendo segui-lo em várias consultas, falar com a família e redigir uma breve descrição. *Mutatis mutandis*, porque não estipular um princípio semelhante para o seguimento de um idoso? Para conseguirmos idosos suficientes e dispostos a colaborar, poderia ser utilizada a rede já estabelecida de Médicos de Família tutores de alunos do 1º, 5º e 6º anos da FMUC. Através dos Médicos de Família, seria atribuído um idoso a cada aluno de Geriatria. Os alunos poderiam assistir às consultas de idosos e à realização da AGG, e, numa segunda fase realizarem eles mesmos os procedimentos e aplicação das escalas de forma a redigirem um pequeno documento/resumo do que observaram.

É um dos muitos exemplos que podemos utilizar para disseminar o ensino da AGG e incentivar a sua prática.

## 12 - CONCLUSÃO

*«O Senhor falou a Moisés nestes termos: “Se alguém prometer, por voto, o valor equivalente a uma pessoa, o seu valor estimado será de cinquenta siclos de prata por um homem de vinte a sessenta anos de idade, e, tratando-se de uma mulher, o valor será de trinta siclos. De sessenta anos em diante, será de quinze siclos por um homem e dez siclos por uma mulher».*

*Levítico (27, 1-4)*

As leis arcaicas e anquilosadas que regeram os seres humanos durante séculos, estão a cair por terra. No que concerne à idade, qualquer linha divisória será sempre arbitrária, aceitando-se hoje que este conceito deve assentar em critérios biológicos mais que em critérios cronológicos. Como consequência, o aumento da longevidade e o inexorável envelhecimento populacional colocam múltiplos desafios à sociedade, sobretudo à comunidade médica.

A Geriatria, campo do saber especificamente comprometido com a velhice e o envelhecimento, tem como objecto de estudo integrado a pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações. Uma das questões mais pertinentes é saber o que se passará em termos da evolução da incapacidade e da doença com o aumento da esperança de vida. Considera-se que o processo normal de envelhecimento determina em todo o indivíduo, embora com intensidade variável, um défice físico, mental e funcional, e que a intensidade deste défice condiciona o grau de dependência que vai afectar o idoso nas diversas áreas da sua vida individual e social. Neste âmbito, a AGG é fundamental para conhecer com mais precisão o estado do idoso e os seus problemas, possibilitando uma resposta mais completa e adequada dos profissionais e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para o idoso.

Quem se interessa por Geriatria e pela AGG depara com um artigo de 1987 escrito por Epstein *et al*, editado pelo *American College of Physicians* e intitulado *The Emergence of Geriatric Assessment Units, The “New Technology of Geriatrics”*. As aspas constam do título original e são o toque de ironia que se pretende destacar. Na esteira de Laurence Rubenstein, que nos anos 70 do século XX soube apanhar a corrente deixada quatro décadas antes por Marjorie Warren, a equipa de Epstein fazia um ponto de situação das 114 unidades de avaliação geriátrica então existentes nos EUA. Concluiu que a roda já estava inventada e que o caminho passava por obrigatoriamente por ali.

Desde então, a AGG espalhou-se globalmente a uma velocidade influenciada localmente pelos mais variados constrangimentos. Por exemplo, eu, um simples Médico de Família recém-

licenciado, apenas tive conhecimento da sua existência graças a aulas pós-graduadas no âmbito do Mestrado em Geriatria. Ao terminar este trabalho, só agora tenho consciência do quanto a AGG me ajudou a mim e aos meus doentes. Descortino uma enorme margem de progressão para a sua aplicação nos cuidados primários de saúde em Portugal, com benefícios ilimitados. O seu efeito positivo na sociedade e no sistema de saúde será multiplicador se a usarmos como instrumento de grupo numa população cada vez mais envelhecida e em risco. A Avaliação Geriátrica Global é, assim, a invenção que urge disseminar por todos os médicos envolvidos nos cuidados a pessoas mais velhas. Em Portugal essa invenção nada seria, não fosse pela luz que o Dr. José Gomes Ermida e o Professor Manuel Teixeira Veríssimo lançaram sobre ela.



### 13 - BIBLIOGRAFIA

- ABDELHAFIZ, A.H. (2012) *Epidemiology of heart disease, Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 5<sup>o</sup> Edition, Wiley-Blackwell
- ALMEIDA, C.C. (2014) *Patologia vascular periférica e envelhecimento*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- ANDRADE, C. D. (1950). Marinheiro. In: *A senha do mundo*. Rio de Janeiro: Record
- BAUER, J.M., KAISER, M.J., ANTHONY, P., GUIGOZ, Y., SIEBER, C.C. (2008) *The Mini Nutritional Assessment – It's History, Today's Practice, and Future Perspectives*, Nutrition in Clinical Practice, Volume 23, Number 4, 388-396
- CAJAL, S.R. (1934) *El mundo visto a los ochenta años, Impresiones de un Arteriosclerótico*, Editorial Renacimiento, Biblioteca de la Memoria, Serie Menor, (reedição de 2021)
- CARVALHO, P.D., SALVADOR, M.J., SILVA, J.A.P. (2014) *Patologia reumática e envelhecimento*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- CORDEIRO, C.R. (2014) *Patologia Respiratória e Envelhecimento*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- CORREIA, T., CARDOSO, R.A., OLIVEIRA, A.T., ALVES, A.R., FIGUEIREDO, P.N. (2014) *Patologia Digestiva e Envelhecimento*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- CRUZ, S.P. (2012) *Concerts Privats*, Barcelona, Acedido a 28/9/2021 em [https://www.youtube.com/watch?v=DED31aDZIkU&list=PL\\_1GgFpuCZpNRr0iaKcydAOf2GmelqwFi&index=3](https://www.youtube.com/watch?v=DED31aDZIkU&list=PL_1GgFpuCZpNRr0iaKcydAOf2GmelqwFi&index=3)
- DUQUE, A.S., GRUNER, H., CLARA, J.G., ERMIDA, J.G., VERÍSSIMO, M.T. (2012), *Avaliação Geriátrica*, GERMI, Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Brochura disponível em [www.spmi.pt/nucleo-estudos-geriatria](http://www.spmi.pt/nucleo-estudos-geriatria)
- ECO, U. (1977) *Como Si Fa Una Tesis Di Laurea*, Casa Editrice Valentino Bompiani & C., Milão, Tradução: Editorial Presença, 1997
- EPSTEIN, A.M., HALL, J.A., BESDINE, R., CUMELLA, E., FELDSTEIN, M., McNEIL, B., ROWE, J.W. (1987) *The Emergence of Geriatric Assessment Units, The "New Technology of Geriatrics"*, Annals of Internal Medicine, American College of Physicians, 106, 299-303.

- ERMIDA, J.G. (1996) Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde, *Geriatrics*, 13-23
- ERMIDA, J.G. (2014) *Avaliação Geriátrica Global*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- FERREIRA, R., SOARES, F., GONÇALVES, L. (2014), *Patologia cardíaca e envelhecimento*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- FIRMINO, H., NOGUEIRA, V., NEVES, S., LAGARTO, L. (2014) *Psicopatologia das pessoas mais velhas*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., McHUGH, P.R. (1975) *Mini-Mental State, a Practical Method For Grading The Cognitive State of Patients For The Clinician*, J. Psychiat. Res., Vol 12, pp.189-198, Pergamon Press
- FOLSTEIN, S.E. (2010) Meet The MMSE & MMSE-2 Authors: Marshal F. Folstein, MD & Susan E. Folstein, MD, Acedido a 14/9/2021 em <http://blog.paring.com/?category=meet-the-author>
- GASSET, J.O. (1914) *Meditaciones del Quijote*, Ediciones Catedra, Letras Hispanicas (reedição de 2015)
- GUIGOZ, Y., VELLAS, B., GARRY, P.J. (1996) *Assessing the Nutricional Status of The Elderly: The Mini Nutricional Assessment as Part of the Geriatric Evaluation*, Nutrition Reviews, Vol 54, N°1
- HOLDEN, M.K., GILL, K.M., MAGLIOZZI, M.R., NATHAN, J., PIEHL-BAKER, L. (1984) *Clinical Gait Assessment in the Neurologically Impaired, Reliability and Meaningfulness*, Physical Therapy, Volume 64, Number 1, January 1984
- INE (2011), *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, Portugal, Acedido a 26/3/2021 em <https://www.ine.pt>
- KAISER, M.J., BAUER, J.M., RAMSCH, C., UTER, W., GUIGOZ, Y., CEDERHOLM, T., THOMAS D.R., ANTHONY, P., CHARLTON, K.E., MAGGIO, M., TSAI, A.C., GRATHWOHL, D., VELLAS, B., SIEBER, C.C. (2009) Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A Practical Tool For Identification Of Nutritional Status, The Journal of Nutrition, Health & Aging, Vol 13, N°9
- KATZ, S., FORD, A.B., MOSKOWITZ, R.W., JACKSON, B.A., JAFFE, M.W. (1963) *Studies of Illness in the Aged*, Journal of the American Medical Association, Vol 185, N°2

- LIMA, M.P. (2016) *Envelhecimento Activo e Com Sentido*, Saúde Mental das Pessoas Mais Velhas, Coordenação Horácio Firmino, Mário R. Simões, Joaquim Cerejeira, Lidel
- LUCAS, S., *et al*, Bíblia Sagrada, Difusora Bíblica, 4ª edição revista sob a direcção de Herculano Alves, reeditada em 2003.
- MARX, M., DEGUINE, O. (2012) *The ageing auditory sistem – Pathology and Epidemiology of Age Related Hearing Loss*, *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 5º Edition, Wiley-Blackwell
- McWHINNEY, I.R., FREEMAN, T. (2009). *Textbook of Family Medicine*, 3º Edition, Oxford University Press
- MONK, R. (2014). *Robert Oppenheimer, A life inside the center*, Anchor Books Illustrated Edition
- MONTORIO, I., IZAL, M. (1996) *The Geriatric Depression Scale: A Review of Its Development and Utility*, *International Psychogeriatrics*, Vol 8, Nº 1, 1996
- MOTA, A., FIGUEIREDO, A., FERREIRA, C.A.B., CASTELO, D., PARADA, B., NUNES, P., ROLO, F. (2014) *Patologia Urológica e Envelhecimento*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- NAMORA, F. (1989). Thomas Sydenham, *Deuses e Demónios da Medicina*, Publicações Europa-América, 7ª Edição
- OLIVEIRA, C.R., PINTO, A.M. (2014), *Biologia e Fisiopatologia do Envelhecimento*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel.
- PASS, W. (2021). *Formal Geriatric Assessment Shoul Be Routine*, Acedido em 24/5/2021, em [https://www.medscape.com/viewarticle/950609\\_print](https://www.medscape.com/viewarticle/950609_print)
- PAÚL, C., RIBEIRO, O. (2012). *Introdução*, Manual de Gerontologia, Lidel
- PIMENTEL, F.L., JOAQUIM, A., CUSTÓDIO, S. (2014) *Patologia Oncológica e Envelhecimento*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- PLATEAU, L. (2000) *Pensamentos e poemas*, Acedido em 10/5/2021 em [https://mensagem.online/autor/ludwig\\_plateau](https://mensagem.online/autor/ludwig_plateau)
- PROENÇA, R. (2014) *Patologia Oftalmológica e Envelhecimento*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- RIBEIRO, C.A.F. (2014) *Farmacologia no idoso*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel

- RIDGEN, J.S. (2007). *Einstein 1905, O padrão da grandeza*, Edições 70
- ROSA, M.J.V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*, Os ensaios da Fundação Fundação, Francisco Manuel dos Santos.
- RUBENSTEIN, L.Z., WIELAND, D., ENGLISH, P., JOSEPHSON, K., SAYRE, J.A., ABRASS, I.B., (1984). *The Sepulveda VA Geriatric Evaluation Unit: Data on four-year outcomes and predictors of improved patient outcomes*, Journal of the American Geriatrics Society 32:503
- RUBENSTEIN, L.Z., JOSEPHSON, K.R., WIELAND, G.D., ENGLISH, P.A., SAYRE, J.A., KANE, R.L. (1984). *Effectiveness of a Geriatric Evaluation Unit: A Randomised Clinical Trial*, The New England Journal of Medicine, Vol 311, Nº26, 1664-1670
- RUBENSTEIN, L.Z., STUCK, A.E., (2012). *Multidimensional geriatric assessment*, *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 5º Edition, Wiley-Blackwell
- RUBENSTEIN, L.Z., HARKER, J.O., SALVÀ, A., GUIGOZ, Y., VELLAS, B. (2001) *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF)*, Journal of Gerontology: Medical Sciences, Vol 56A, Nº6, M366-M372
- SANTANA, I., DURO, D. (2014) *Envelhecimento Cerebral e Demência*, Geriatria Fundamental, Coordenação Manuel Teixeira Veríssimo, Lidel
- SENDA, K., OSUGA, Y., SATAKE, S., NAKASHIMA, K., OKAMURA, K., ENDO, H., TOJA, K., *Report from Sepulveda: A visit to the California Geriatric Evaluation Unit and Dr Rubenstein (the father of Comprehensive Geriatric Assessment)*, Geriatr Gerontol Int 2011; 11:131-132, Japan Geriatrics Society.
- THUMBERG, G. (2019). *Discurso no Fórum Económico Mundial*, Davos.
- TUMOSA, N. (2012) *Disorders of the eye*, *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 5º Edition, Wiley-Blackwell
- WIELAND, D., FERRUCCI, L., (2008). *Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future*, Journal of Gerontology: Medical Sciences, Vol. 63ª, Nº3, 272-274, The Gerontological Society of America.
- WONCA (2015). *International Classification of Primary Care – 2 (ICPC-2)*, World Organization of Family Doctors, Acedido em 1/3/2021 em [International Classification of Primary Care, 2nd edition \(ICPC-2\) \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789289129122)
- ZHENG, D.D., SWENOR, B.K., CHRIST, S.L., WEST, S.K., LAM, B.L., LEE, D.J. (2018) *Longitudinal Associations Between Visual Impairment and Cognitive Functioning*, *The Salisbury*

*Eye Evaluation Study*, Journal of The American Medical Association Ophtalmology, published on-line, June 2018

