

Resumo:

Introdução: Diferentes doenças têm vindo a ser relacionadas com o desenvolvimento de quadros de declínio cognitivo (DC). No entanto, surgem estudos que concluem que a população com demência terá um menor número de comorbilidades que a população sem declínio cognitivo e com semelhantes características sócio-demográficas.

Objectivos: O objectivo deste estudo foi avaliar se o declínio cognitivo está associado ou não a diferenças no número e tipo de comorbilidades.

Metodologia: Um estudo do tipo caso-controle foi realizado com base no ficheiro corrente da Consulta de Gerontopsiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, sendo a população alvo a população idosa portuguesa, com idade superior a 65 anos. Os doentes foram incluídos entre 1 de Maio a 31 de Julho. Como critérios de inclusão no estudo foram estabelecidos a idade superior a 65 anos de idade e o diagnóstico de DC; para o grupo controlo foram seleccionados indivíduos com dados demográficos semelhantes sem diagnóstico de DC..

Resultados: Da população apresentada foi colhida uma amostra representativa de 114 casos, na qual para cada doente com o diagnóstico de declínio cognitivo, pela clínica e/ou pelo resultado no *Mini-Mental State Examination* (MMSE), corresponde um caso controle com as mesmas características sócio-demográficas (idade, sexo e escolaridade). Não existiu associação estatisticamente significativa entre o desempenho no MMSE ou a população com declínio cognitivo com qualquer uma das variáveis independentes estudadas, com excepção da patologia genito-urinária, na qual se verifica uma probabilidade 2,6 vezes superior de a população demente não sofrer de qualquer distúrbio deste foro.

Conclusões: Neste estudo não se verificou qualquer associação positiva estatisticamente significativa entre o grupo de declínio cognitivo e qualquer uma das comorbilidades

estudadas. A análise estatística pode estar prejudicada por insuficiência de informação e pelo número da casuística.

Palavras-chave: Envelhecimento, declínio cognitivo, demência, comorbilidades, gerontopsiquiatria.

Introdução:

O envelhecimento é um processo intrínseco e extrínseco, no qual há uma progressiva deterioração da função fisiológica, resultando numa perda de viabilidade e aumento da vulnerabilidade (Loureiro MH, 2004). Assim, com o decorrer do tempo, há uma deterioração de todos os órgãos e sistemas com base em vias fisiopatológicas comuns. Por exemplo, a inflamação crónica, na qual existem níveis elevados de citocinas e de proteínas responsáveis pela resposta inflamatória, encontra-se associada a várias patologias que interferem com a esperança de vida do indivíduo, incluindo aterosclerose, doenças cérebro-vasculares, diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) e demências (A. Mota Pinto, 2009). Muito é ainda desconhecido sobre este tema, nomeadamente como é que o envelhecimento normal leva a alterações degenerativas.

Com o crescente e regular aumento da esperança média de vida em Portugal, a percentagem de idosos na população tem vindo a aumentar e, conseqüentemente, a prevalência do declínio cognitivo (DC), que aumenta exponencialmente com a idade. Em particular, a demência, sendo muito rara até aos 60 anos, duplica depois a cada 5 anos, atingindo 1 em cada 3 pessoas entre os 90-94 anos de idade (Lobo, 2000)⁽¹⁾. Torna-se assim fundamental tentar perceber quais os factores que levam ao desenvolvimento do DC e como os podemos prevenir.

Vários estudos efectuados concluíram que a população com declínio cognitivo apresentaria menor número de comorbilidades (CMs) do que a população controlo⁽³⁻⁷⁾ e que entre os diversos sub-tipos de demência, a Doença de Alzheimer (DA) era a que apresentava menos CMs^(4,6,8). Num estudo recente⁽⁹⁾, conclui-se que os pacientes com DA apresentam um número médio de CMs superior aos indivíduos sem demência com semelhantes características demográficas.

Os factores de risco cardiovasculares (CV), como a dislipidémia, DM-2, doença coronária isquémica (DCI), arritmia e hipertensão arterial (HTA), têm sido intensivamente estudados como possíveis factores de risco para o desenvolvimento de declínio cognitivo⁽¹¹⁾. A patologia vascular parece desempenhar um importante papel na patogénese de demências neurodegenerativas primárias como a Demência de Alzheimer⁽¹²⁾, assim como os factores de risco cardiovasculares surgem mais frequentemente nos indivíduos com DCL do que na restante população⁽¹²⁻¹⁶⁾. Mais recentemente, concluiu-se ainda que alguns factores CV levariam a um aumento na taxa de progressão da DA, tais como fibrilhação auricular (FA), HTA e DCI, e outros como DM-2 levariam a uma progressão com ritmo mais atenuado⁽¹⁷⁾. Já a associação entre DA e dislipidémia não reúne consenso definitivo; contudo, a hipercolesterolemia na meia-idade surge como factor de risco para DA⁽¹⁸⁾.

O objectivo deste estudo foi avaliar se o DC está associado ou não a diferenças no número e tipo de CMs.

Materiais e métodos:

Um estudo do tipo caso-controlo foi realizado tendo como base o ficheiro corrente da Consulta de Gerontopsiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, sendo a população-alvo a população idosa portuguesa, com idade superior a 65 anos. Os doentes foram incluídos entre 1 de Maio a 31 de Julho de 2009 de forma consecutiva, tendo como

critérios de inclusão no estudo, a idade superior a 65 anos de idade e o diagnóstico de declínio cognitivo; para o grupo controlo foram seleccionados indivíduos com dados demográficos semelhantes sem diagnóstico de declínio cognitivo.

A informação sócio-demográfica foi colhida durante a consulta externa de Gerontopsiquiatria no Serviço de Psiquiatria dos HUC, tendo o doente sido avaliado sob o ponto de vista psiquiátrico – função cognitiva (MMSE), sintomatologia depressiva (GDS) e ansiedade (GAI) – e foram caracterizadas as comorbilidades médico-cirúrgicas de cada doente através da análise dos Processos Únicos hospitalares, revisão da medicação e consultas que o doente frequenta. Dado que as avaliações de depressão e ansiedade medidos pelo GDS e GAI ainda são em número reduzido, os seus resultados não serão debatidos neste artigo.

Assim, as variáveis dependentes para este estudo serão o declínio cognitivo (DC) e sua gravidade, e como variáveis independentes a idade, sexo, escolaridade, as comorbilidades médicas - Isquémia/EAM, Arritmia, Valvulopatias, AVC, Dislipidémia, HTA, Hematológicas, Sensoriais (visuais e auditivas), Endócrinas, Neoplasias, Neuropsiquiátricas, Gineco-urológicas, Gastrointestinais, Renais, Respiratórias, Alcoolismo - antecedentes cirúrgicos e número de comorbilidades total.

Definição de declínio cognitivo:

Para o diagnóstico de DCL foram usados os critérios de Petersen, e para o diagnóstico de Demência os critérios da DSM IV-TR.

O Mini-Mental State Examination (MMSE) foi o teste de avaliação cognitiva utilizado por se tratar do teste de screening mais usado na literatura. Trata-se de um teste desenvolvido por *Folstein et al* (1975), após selecção de itens de várias baterias de testes neuropsicológicos, de modo a reunir tarefas que pudessem ser aplicadas, à cabeceira da cama, de forma breve (10-15min) e sem material adicional. Os domínios cognitivos avaliados pelo MMSE são:

Orientação, Memória, Atenção e Cálculo, Linguagem e Capacidade construtiva, para além do valor global.

Tem três pontos de corte, subdividindo em capacidades cognitivas normais se score 24-30, demência ligeira ou DCL se 20-23, demência moderada se score de 10-19 e demência grave se <10. Sempre que os doentes, aquando da realização do teste, não conseguiram completar determinados items, o score foi ajustado, tendo em atenção a alteração do denominador.

Análise estatística:

A fim de determinar se DC está associado ou não a diferenças de número e tipo de CMs em relação à população controlo, procedeu-se primeiro à comparação do número de CMs nos dois grupos, e posteriormente à comparação qualitativa das mesmas também em ambos os grupos. Foram realizadas ainda associações entre a idade e as CMs, assim como entre o desempenho no MMSE e as CMs.

A análise estatística dos resultados foi realizada com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.02, recorrendo à análise descritiva, ao teste do X^2 para comparação de variáveis nominais, para o qual em caso de relação estatisticamente significativa se calculou o risco relativo pelo Odds-ratio. Para comparação de ordens de médias entre as duas populações, usamos o teste de Mann-Whitney e para correlação entre duas variáveis, a correlação de Spearman (testes estatisticamente significativos se $p < 0,05$).

Resultados:

Os dados para o presente estudo foram retirados da consulta de Gerontopsiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, criada no ano de 1993 e apresenta um ficheiro com consultas regulares de 336 doentes. Destes 65,5% são do sexo feminino, sendo que 67,5% tem idades acima dos 75 anos (21,2% entre 75 e os 79 anos, 25,7% dos 80 aos 84 anos e 20,6% acima dos 85 anos de idade). São maioritariamente referenciados pelo seu Médico de Família (cerca de 20%) e Serviço de Urgência (cerca de 18%), sendo a o restante referenciado pelas diversas especialidades hospitalares. O diagnóstico mais frequente é o de DC com 52%, incluindo-se défice cognitivo ligeiro e demência, sendo as restantes consultas maioritariamente por síndromes depressivos (37%).

Dos 189 doentes estudados, 42 não preenchiam os critérios de inclusão para qualquer um dos grupos, sendo que ou tinham idade inferior a 65 anos de idade (15 doentes) ou ainda se encontravam em estudo (27 doentes). Posteriormente, foi realizada selecção aleatória de casos com mesmas características sociodemográficas nos dois sub-grupos.

A nossa análise foi assim baseada em 114 casos, sendo 59,6% do sexo feminino, a média de idades foi de 80,47 (desvio padrão de 6,247) , sendo que 61,4% tem idade superior a 80 anos (Gráfico 1). Quanto à escolaridade é de referir que cerca de 96% da amostra colhida é analfabeta ou tem menos de 4 anos de escolaridade (Gráfico 2).

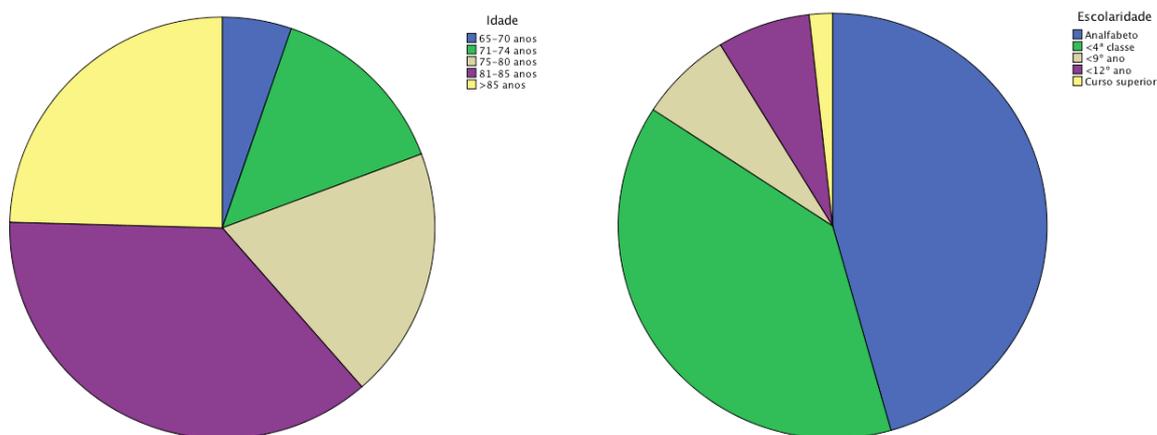


Gráfico 1: Grupos etários.

Gráfico 2: Escolaridade.

A avaliação pelo teste do MMSE foi realizada em 36% da amostra, por difícil colaboração dos doentes, sendo que destes 19,5% têm desempenho normal, 26,8% desempenho compatível com demência ligeira ou DCL, 48,8% com demência moderada e 5% com demência grave (Gráfico 3).

Das várias comorbilidades (CMs) estudadas, as mais frequentes no grupo de DC foram HTA (50,9%) e as alterações sensoriais (42,1%). Em termos de número de CMs, verifica-se que 49,1% do grupo com DC apresenta menos de 4 CMs, diminuindo progressivamente a frequência com o aumento do número de CMs, enquanto que no grupo controlo cerca de um terço dos doentes tem mais de 8 CMs (Gráfico 4 e Tabela I).

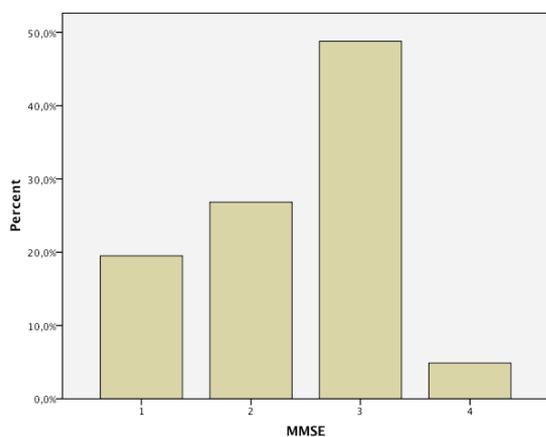


Gráfico 3: Desempenho no MMSE.

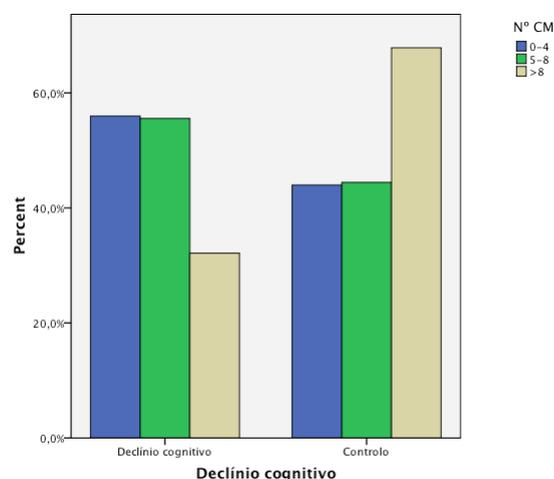


Gráfico 4: Número de CMs.

Para testar a associação qualitativa entre as várias CMs e o DC, procedeu-se a uma análise estatística, utilizando-se o teste de X^2 . Não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$, para um intervalo de confiança de 95%) (Tabela I), exceptuando com a patologia genito-urinária ($p = 0,042$), na qual se obteve um OR de 2,6 pelo que se pode inferir que existe uma probabilidade 2,6 vezes superior de a população com DC não sofrer de qualquer distúrbio deste foro.

Também nos diferentes sub-grupos de gravidade do declínio cognitivo (Tabela II), divididos pelo desempenho no MMSE, foi realizado o teste do X^2 com todas as CMs estudadas. Não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$, para um intervalo de confiança de 95%) com qualquer uma das CMs estudadas.

Verificou-se ainda não existir diferença estatisticamente significativa entre o número de CMs entre cada um dos grupos (teste de Mann-Whitney). Não há também, neste estudo, uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o DC (correlação de Spearman).

Tabela I: Frequências e análise estatística dos grupos com e sem DC.

Variável independente		Declínio cognitivo (n=57)		Controlo (n=57)		P
		n	%	n	%	
Sexo	Masculino	23	40,4	23	40,4	
	Feminino	34	59,6	34	59,6	
Idade	65-70 A	3	5,3	3	5,3	
	71-74 A	8	14,0	8	14,0	
	75-80 A	11	19,3	11	19,3	
	81-84 A	21	36,8	21	36,8	
	>85 A	14	24,6	14	24,6	
Escolaridade	Analfabeto	26	45,6	26	45,6	
	< 4ª classe	22	38,6	22	38,6	
	< 9º ano	4	7,0	4	7,0	
	<12º ano	4	7,0	4	7,0	
	C. Superior	1	1,8	1	1,8	
Comorbilidades	Isquémia/EAM	7	12,3	11	19,3	0,300
	ICC	7	12,3	8	14	0,782
	Arritmia	15	26,3	23	40,4	0,112
	AVC	12	21,1	6	10,5	0,123
	Dislipidémia	7	12,3	11	19,3	0,304
	HTA	29	50,9	31	54,4	0,708
	Outras CV	11	19,3	15	26,3	0,372
	Musculo-esqueléticas	18	31,6	20	35,1	0,691
	Alt. Sensoriais	24	42,1	32	56,1	0,134
	Hematologia	7	12,3	7	12,3	1,000
	Endocrinologia	14	24,6	15	26,3	0,830
	Neoplasias	9	15,8	5	8,8	0,254
	Alt.Neuropsiquiátricas	13	22,8	14	24,6	0,826
	G/U	8	14,0	17	29,8	0,042
	GI	15	26,3	21	36,8	0,227
	Nefrologia	10	17,5	15	26,3	0,258
	Pneumologia	10	17,5	11	19,3	0,809
	Alcoolismo	4	7,0	5	8,8	0,728
	Cirurgia	27	47,7	31	54,4	0,454
Nº Comorbilidades	0-4	28	49,1	22	38,6	0,094
	5-8	20	35,1	16	28,1	
	>8	9	15,8	19	33,3	

Tabela II: Frequências e análise estatística de acordo com o desempenho no MMSE.

Variáveis		Gravidade do declínio cognitivo (MMSE)								p
		Normal (n=8)		DCL/D. Ligeira (n=11)		D. Moderada (n=20)		D. Grave (n=2)		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo	Masculino	7	87,5	5	45,5	5	25	0	0	
	Feminino	1	12,5	6	54,5	15	75	2	100	
Idade	65-70	1	12,5	0	0	3	15	0	0	
	71-74	4	50	2	18,2	0	0	0	0	
	75-80	0	0	2	18,2	5	25	1	50	
	81-84	2	25	3	27,3	10	50	1	50	
	>85	1	12,5	4	36,4	2	10	0	0	
Escolaridade	Analfabeto	2	25	3	37,5	7	41,2	1	100	
	< 4ª classe	5	62,5	5	62,5	10	58,8	0	0	
	< 9º ano	1	12,5	0	0	0	0	0	0	
Comorbilidades	Isquemia/EAM	0	0	5	45,5	2	10	0	0	N.S.
	ICC	1	12,5	1	9,1	2	10	1	50	
	Arritmia	2	25	5	45,5	8	40	0	0	
	AVC	0	0	2	18,2	1	5	1	50	
	Dislipidemia	1	12,5	3	27,3	5	25	0	0	
	HTA	2	25	9	81,8	10	50	0	0	
	Outras CV	2	25	4	36,4	4	20	0	0	
	Musc-esquel.	3	37,5	5	45,5	10	50	0	0	
	Alt. Sensoriais	5	62,5	6	54,5	9	45	0	0	
	Hematologia	1	12,5	1	9,1	1	5	0	0	
	Endocrinologia	1	12,5	5	45,5	5	25	1	50	
	Neoplasias	1	12,5	1	9,1	5	25	1	50	
	Alt. Neuropsiq.	2	25	1	9,1	6	30	1	50	
	G/U	3	37,5	3	27,3	1	5	1	50	
	GI	3	37,5	3	27,3	5	25	0	0	
	Nefrologia	2	25	4	36,4	1	5	1	50	
Pneumologia	2	25	1	9,1	3	15	0	0		
Alcoolismo	1	12,5	0	0	1	5	0	0		
Cirurgia	5	62,5	5	45,5	12	60	1	50		
Nº CMs	0-4	3	37,5	4	36,4	8	40	1	50	
	5-8	3	37,5	3	27,3	6	30	0	0	
	>8	2	25	4	36,4	6	30	1	50	

Discussão:

No nosso estudo, o número de co-morbilidades (CMs) foi semelhante no grupo do declínio cognitivo (DC) e no grupo controlo, não existindo qualquer associação estatisticamente significativa. Este resultado está de acordo com as conclusões do estudo conduzido pela equipa de *Zekry et al (2008)*, que atesta que a prevalência de condições médicas co-mórbidas é semelhante nos pacientes com demência, com declínio cognitivo ligeiro e sem declínio cognitivo (DC). Estes dados vêm contrariar o que é descrito nalguns estudos anteriores⁽³⁻⁷⁾, que referem que a população com Demência teve menos doenças médicas e que tomariam menos medicação.

Quanto às várias CMs estudadas e à sua relação com o DC também nenhuma se destacou como estatisticamente significativa, resultado que também se encontra de acordo com os achados da equipa de *Zekry et al (2008)*, com excepção do AVC. Esta diferença pode dever-se, no entanto, ao tamanho da amostra utilizada, pois no estudo citado foi utilizado um coorte de 349 doentes.

No entanto, foi possível inferir pelos resultados do nosso estudo, que a patologia genito-urinária será mais frequente no grupo controlo, ou seja, sem DC. Neste sub-grupo de CMs foram incluídos diagnósticos de incontinência urinária, prostatite, hiperplasia benigna da próstata, quisto(s) ovárico(s), fibromioma(s) uterino(s), endometriose e outras. Uma das hipóteses para esta diferença pode ser o facto de a população com DC ser menos vigiada para este tipo de patologias. Trata-se de um grupo de CMs que pode apresentar uma clínica relativamente pobre e inespecífica, implicando exames imagiológicos para o seu diagnóstico, e, por outro lado, apesar da clínica o doente pode já não conseguir comunicar de forma eficaz.

Pareceu-nos também importante tentar documentar a relação entre a gravidade da demência, o número e o tipo mais frequente de CMs. Esta relação poderá ter implicações na prática clínica, pois são doentes que a partir de certo estágio da sua doença perdem as suas

capacidades de comunicar as suas queixas. As comorbilidades indexadas ao desempenho no MMSE, e consequentemente, à gravidade da demência não têm sido temas muito abordados na literatura. No estudo de *Zekry et al, 2008*, conclui-se que há um aumento do número de comorbilidades com a gravidade da demência. No entanto, no nosso estudo não fica patente qualquer tipo de relação entre uma variável e outra. No estudo citado só era estudada a relação com a DA e o coorte utilizado era superior (349 doentes), o que pode justificar a não confirmação da hipótese testada.

Como limitações do nosso estudo poderemos apontar o tamanho da amostra, pequena em comparação com a grande maioria dos estudos presentes na literatura, assim como, o facto de a amostra ser muito heterogénea, incluindo patologias com factores de risco já bem estabelecidos como a Demência Vascular, e outros tipos como a Demência de Alzheimer ou a Demência de Corpos de Lewy, para os quais a etiologia ainda se encontra em investigação.

Tendo em conta o aumento da esperança de vida da população, a Geriatria é cada vez mais uma área com especificidades próprias e que necessita de um estudo mais aprofundado para poder responder aos desafios clínicos e terapêuticos. Assim, estão a ser realizados estudos clínicos e de ciência básica, como por exemplo, na área da biologia molecular, no sentido de esclarecer o papel da inflamação crónica e do metabolismo mitocondrial na degenerescência neuronal⁽¹⁹⁾, que têm por objectivo esclarecer o processo biológico do envelhecimento e suas implicações clínicas.

Seria importante que nos registos clínicos em consultas de psiquiatria existisse uma preocupação acrescida com a documentação de factores médicos pré-doença, de forma a perceber-se melhor em que sentido estas podem contribuir para a precocidade de desenvolvimento do DC, e por outro lado, como é que o DC e em particular a(s) demências constituem um factor de “risco” no aparecimento de outras CMs. A seu tempo e com as modificações entretanto iniciadas na consulta de Gerontopsiquiatria, esperamos poder desenvolver outro(s) trabalho(s) onde esta temática seja retomada.

Referências/Bibliografia:

- (1). Santana, I.; Cunha, L., et al. *Demência(s) Manual para Médicos; Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2005*
- (2). Ngandu T, et al. *Education and Dementia-What lies behind the association. Neurology 69 2007; 1442-1449.*
- (3). Wolf-Klein GP, Siverstone FA, Brod MS et al. *Are Alzheimer patients healthier? J Am Geriatr Soc 1988; 36: 219 – 24.*
- (4). Holstein J, Chatellier G, Piette F et al. *Prevalence of associated diseases in different types of dementia among elderly institutionalized patients: analysis of 3447 records. J Am Geriatr Soc 1994; 42: 972 – 7.*
- (5). Landi F, Onder G, Cattel C et al.. *Functional status and clinical correlates in cognitively impaired community-living older people. J Geriatr Psychiatry Neurol 2001; 14: 21 – 7.*
- (6). Sanderson M, Wang J, Davis DR et al.. *Co-morbidity associated with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2002; 17: 73 – 8. 24.*
- (7). Landi F, Gambassi G, Lapane KL et al. *Comorbidity and drug use in cognitively impaired elderly living in long-term care. Dement Geriatr Cogn Disord 1998; 9: 347 – 56.*
- (8). Landi F, Gambassi G, Lapane KL et al. *Impact of the type and severity of dementia on hospitalization and survival of the elderly. The SAGE Study Group. Dement Geriatr Cogn Disord 1999; 10: 121 – 9.*
- (9). McCormick WC, Kukull WA, van Belle G et al. *Symptom patterns and comorbidity in the early stages of Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 1994; 42: 517 – 21.*
- (10). Tzu-Chun Kuo, et al. *Implications of Comorbidity on Costs for Patients With Alzheimer Disease. Med Care. 2008; 46: 839-846.*
- (11). Siuda J, et al. *Vascular risk factors and intensity of cognitive dysfunction in MCI. Journal of Neurological Sciences 257 (2007); 202-205.*

- (12). Solfrizzi V, et al. *Vascular risk factors, incidence of MCI, and rates to progression of dementia. Neurolog* 2004;63:1882-91.
- (13). Morris J. *Mild Cognitive Impairment and Preclinical Alzheimer's Disease, Geriatrics Jun* 2005:9-14.
- (14). Yener GG, et al. *Diagnosis profile and comparison of risk factors in major types of dementia: a hospital base study. J Neurol Sci* 2004;21:301-10.
- (15). Kivipelto M, et al. *Midlife vascular risk factors and late-life mild cognitive impairment – a population base study. Neurology* 2001;56:2.
- (16). Kivipelto M, et al. *ApoE4allele, elevated midlife cholesterol level and high midlife systolic blood pressure are independent risk factors for late-life Alzheimer disease. Annuals Intern Med* 2002;137.3.
- (17). Mielke MM, et al. *Vascular factors predict rate of progression in Alzheimer disease. Neurology* 69 2007; 1850-1858.
- (18). Panza F, et al. *Higher total cholesterol, cognitive decline and dementia. Neurobiology of Aging* 30 (2009) 546-548.
- (19). Yanker, B, et al. *The Aging Brain. Annu. Rev. Pathol. Mech. Dis.*2008. 3:41-66.

Agradecimentos:

Agradeço ao Dr. Horácio Firmino, que me recebeu na consulta de Gerontopsiquiatria que coordena, incentivando ao desenvolvimento das minhas aptidões nesta área da Psiquiatria e no apoio deste projecto. Ao Prof. Doutor João Relvas, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que na enfermaria de Homens, que dirige e onde comecei o meu estágio como interna de Psiquiatria, me transmitiu o seu incentivo no desenvolvimento da especialidade e, em particular, deste artigo. Finalmente, não posso deixar de registar a amizade e suporte constantes que me transmitiram a Dr^a Helena Rita, médica psiquiatra dos H.U.C. e orientadora do meu internato complementar de Psiquiatria e o Dr. Joaquim Cerejeira, médico interno de Psiquiatra e membro da consulta de Gerontopsiquiatria dos H.U.C..