



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA BÁRBARA COSTA SEABRA

***AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DO IDOSO - A EXPERIÊNCIA DA
CONSULTA DE GERIATRIA DO CHUC***

ARTIGO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA - MEDICINA INTERNA

Trabalho realizado sob orientação de:

PROFESSOR DOUTOR MANUEL VERÍSSIMO

DOUTOR HELDER CUNHA ESPERTO

ABRIL/2019

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS.....	3
RESUMO.....	5
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO.....	7
MATERIAIS E MÉTODOS.....	9
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	37
LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	44
PERSPECTIVAS PARA O FUTURO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da faixa etária.....	13
Tabela 2 – Distribuição do estado civil	14
Tabela 3 – Antecedentes pessoais mais frequentes.....	17
Tabela 4 – Força de preensão palmar direita nas mulheres	35
Tabela 5 – Força de preensão palmar esquerda nas mulheres	35
Tabela 6 – Força de preensão palmar direita nos homens	36
Tabela 7 – Força de preensão palmar esquerda nos homens	36

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Escolaridade por faixas etárias.....	14
Gráfico 2 – Domicílio.....	15
Gráfico 3 – Cuidadores informais.....	16
Gráfico 4 – Medicação habitual.....	17
Gráfico 5 – Vacina Gripe.....	18
Gráfico 6 – Vacina Antipneumocócica	18
Gráfico 7 – Motivo de primeira consulta de Geriatria	19
Gráfico 8 – Origem do pedido da consulta de Geriatria.....	20
Gráfico 9 – Ano da primeira consulta de Geriatria.....	20
Gráfico 10 – Seguimento após consulta de Geriatria	21
Gráfico 11 – Teste Timed Get Up and Go.....	22
Gráfico 12 – Teste Holden	23
Gráfico 13 – Índice de Barthel.....	24
Gráfico 14 – Escala de Lawton & Brody.....	25
Gráfico 15 – Teste Equilíbrio SPPB	26
Gráfico 16 – Teste Cadeira SPPB.....	26

Gráfico 17 – Teste 4 metros SPPB	26
Gráfico 18 – SPPB Total.....	27
Gráfico 19 – Teste do Relógio	28
Gráfico 20 – Equilíbrio Estático - POMA	29
Gráfico 21 – Equilíbrio Dinâmico - POMA	29
Gráfico 22 – Pontuação POMA Total	30
Gráfico 23 – Mini Mental State Examination	31
Gráfico 24 – Escala de depressão geriátrica vs idade.....	32
Gráfico 25 – Interpretação da pontuação da escala de depressão geriátrica vs sexo .	33
Gráfico 26 – Perímetro braquial	33
Gráfico 27 – Perímetro abdominal	33
Gráfico 28 – IMC vs sexo.....	34

SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

CHUC – Hospital Universitário da Universidade de Coimbra

SPPB - Short Physical Performance Battery

AIVD - Atividades instrumentais da vida diária

POMA - Performance Oriented Mobility Assessment

MMSE - Mini-Mental State Examination

GDS – Geriatric Depression Scale

GUG – Timed Get Up and Go

RESUMO

O envelhecimento demográfico é uma realidade em Portugal e na Europa. No entanto, se por um lado este envelhecimento espelha uma melhoria das condições de vida, das políticas de saúde e um grande desenvolvimento tecnológico, por outro, também traduz um desafio para a sociedade atual e para a comunidade médica: lidar com doentes geriátricos, polimedicados, com comorbilidades e que precisam de cuidados direcionados.

Assim, a consulta de Geriatria constitui uma ferramenta fundamental para a gestão dos doentes geriátricos.

O presente trabalho tem como objetivo descrever e caracterizar os doentes observados na consulta de Geriatria do CHUC.

Foram analisados os processos clínicos de doentes seguidos na consulta de Geriatria do serviço de Medicina Interna do CHUC, no período compreendido entre Maio de 2015 e Outubro de 2018.

A amostra é constituída por 64 indivíduos – 46 mulheres e 18 homens, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos.

Verificou-se a crucial importância a gestão de todos os antecedentes, motivos de consulta e perfil farmacológico do doente geriátrico. Este é um doente multidisciplinar, que requer uma abordagem também multidisciplinar, acabando a consulta de Geriatria por ser o denominador comum de todas essas necessidades.

Palavras-chave: Idoso, Geriatria, Avaliação Multidimensional, Avaliação Geriátrica Global, CHUC.

ABSTRACT

Demographic ageing is a reality both in Portugal and Europe. On one hand, it shows higher life standards and living conditions, better health policies and technology development; on the other hand, it means a challenge to the modern society and to the medical community: handle geriatric patients, who take several medications and have various diseases thus with specific needs.

Consequently, Geriatric consultation is a crucial tool to manage elderly and geriatric patients.

The presente work aims to describe the patients who attend the Geriatric consultation of CHUC in the period between May of 2015 and October of 2018. For that, their clinical files were consulted.

The population in study consists in 64 individuals – 46 women and 18 men, with ages between 65 and 94 years old.

This work revealed how importante is managing all the medical background, reasons of visiting the consultation and medication. Geriatric patients are multidisciplinary patients who require a global approach. The Geriatrics consultation is the common denominator of all those needs and challenges.

Key words: Elderly, Geriatric, Multidimensional Evaluation, Global Geriatric Evaluation, CHUC

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade em Portugal e na Europa. Segundo dados da OMS, prevê-se que em 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos passe de 400 milhões para um número superior a 2000 milhões. Em Portugal, a realidade não difere: foi apontado como o quarto país da União Europeia com mais idosos, onde 20% da população tem uma idade superior a 65 anos e onde o número de pessoas com mais de 80 e até 100 é cada vez mais frequente.¹

No entanto, se por um lado este envelhecimento espelha uma melhoria das condições de vida, das políticas de saúde e um grande desenvolvimento tecnológico, por outro, também traduz um desafio para a sociedade atual e para a comunidade médica: lidar com doentes geriátricos, providenciar-lhes cuidados direcionados, entendê-los como doentes específicos, maximizar as suas capacidades funcionais e ajudar à sua integração social.

Alia-se o facto da pessoa idosa ter geralmente polipatologia, dada a sua maior fragilidade e a sua maior predisposição para a doença crónica. Neste sentido, tornou-se premente o surgimento de uma área específica que se virasse para o idoso, mais particularmente para os doentes geriátricos – porque nem todo o idoso é doente geriátrico: citando o Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, em entrevista ao Jornal Médico, “O doente geriátrico é por norma um doente idoso que necessita de cuidados específicos para tratar a(s) sua(s) doença(s) e evitar uma má evolução da sua situação”². É aqui que reside a importância da consulta de Geriatria – consultar doentes geriátricos por médicos vocacionados para entender que embora muitas das doenças que acometem idosos sejam idênticas às que acometem indivíduos jovens, as capacidades físicas e cognitivas do idoso são diferentes e, por isso, as suas respostas à doença e ao tratamento também, não podendo haver generalizações.

A importância de uma consulta de Geriatria vai para além do correto e adequado acompanhamento ao doente geriátrico (apesar de esse ser o seu objetivo último e de maior importância) – a consulta adequada a estes doentes constitui também uma medida económica no âmbito da saúde pública, uma vez que doentes geriátricos sendo tratados nos moldes habituais e não usufruindo das especificidades da prática médica

geriátrica acabam por recorrer mais aos serviços de urgência, sendo muitas vezes reinternados e consumindo mais recursos.

Não basta dizer que a população de Portugal é das mais envelhecidas e que isso espelha uma melhoria na qualidade de vida e no desenvolvimento médico – há que olhar para esta questão de todos os prisms e assumir que também acarreta desafios e exige mais dos médicos, hospitais e do serviço nacional de saúde no geral. O desenvolvimento de um país não pode apenas basear-se na longevidade dos cidadãos, mas tem também que se alicerçar na capacidade de dar qualidade aos últimos anos de vida, o que não se conseguirá sem formação, acreditação e investimento adequados à Geriatria.

O presente trabalho tem como objetivo descrever e caracterizar os doentes observados na consulta de Geriatria do CHUC.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisados os processos clínicos de doentes seguidos na consulta de Geriatria do serviço de Medicina Interna do CHUC, no período compreendido entre Maio de 2015 e Outubro de 2018.

Com vista a obter resultados que descrevam a consulta e o tipo de doentes, realizou-se uma base de dados onde constavam os seguintes parâmetros:

- Médico responsável;
- Idade do doente;
- Sexo;
- Estado civil;
- Origem;
- Data da primeira consulta;
- Data da última consulta;
- Domicílio;
- Principal cuidador;
- Motivos de referência para a consulta;
- Antecedentes pessoais;
- Antecedentes pessoais;
- Número de medicamentos;
- Escolaridade;
- Destino após consulta;
- Realização das vacinas da gripe e antipneumocócica;
- Histórico de quedas;
- Diagnósticos geriátricos;
- Bateria de exames preconizada para a consulta de geriatria (Avaliação Geriátrica Global).

Relativamente ao último ponto, bateria de exames preconizada para a consulta de geriatria, os testes contemplados foram os seguintes:

- **Força de preensão palmar direita e esquerda** – teste que avalia a força de preensão palmar recorrendo a um dinamómetro e que permite avaliar a força da mão e do membro superior, mas também extrapolar para uma

avaliação do estado geral de força. O doente faz o máximo de força possível, sentado, com o cotovelo fletido a 90°;

- **Bioimpedância elétrica** – um teste que avalia a percentagem de gordura, músculo, osso e água, através de balanças apropriadas que, através de placas de metal, fazem passar uma corrente elétrica fraca pelo corpo. A diferença da resistência dos meios à passagem de corrente elétrica permite tirar conclusões acerca da percentagem de cada um;
- **Perímetro braquial** – medida antropométrica importante para auxiliar a avaliação do estado nutricional;
- **Perímetro abdominal** – medida antropométrica e indicador de risco metabólico;
- **Mini-Nutricional Assessment** – avaliação do risco de malnutrição, mediante um questionário e sem recurso a parâmetros analíticos. O questionário é composto por duas partes: uma triagem (que dura cerca de 5 minutos) e uma avaliação global (cerca de 10 minutos), para a qual só se avança se a triagem mostrar riscos de malnutrição. Mediante a pontuação obtida neste questionário, o resultado por ser estado nutricional normal, em risco de malnutrição ou malnutrição;
- **Contagem de Kcal** ingeridas diariamente;
- **Número de refeições diárias**;
- **SPPB** – conjunto de três testes que avaliam o equilíbrio, a velocidade, a força e a resistência dos membros inferiores:
 - Teste do equilíbrio – pede-se ao doente que se mantenha em ortostatismo com os pés nas posições tandem, semi-tandem e lado-a-lado;
 - Teste dos 4 metros – velocidade da marcha num percurso de 4 metros;
 - Teste da Cadeira – levantar-se e sentar-se cinco vezes de uma cadeira sem a ajuda dos membros superiores.

O tempo que o doente demora a executar cada um destes testes é medido, sendo depois convertido numa pontuação ordinal (de 0 a 4). A soma das três pontuações, referentes a cada um dos três testes, constitui o resultado final do SPPB;

- **Índice de Barthel** – mediante um questionário, é avaliada a capacidade funcional em atividades da vida diária, nomeadamente a alimentação, a higiene pessoal, tomar banho, utilização de instalações sanitárias, controlo dos esfíncteres (anal e vesical), vestir e despir a própria roupa, subir/descer escadas, deambular e passar da cama para uma cadeira ou vice-versa. Os resultados vêm sob a forma de pontuação, de 0 a 100, simbolizando a dependência total ou independência para as referidas atividades da vida diária. De notar que as pontuações individuais acabam por ser mais representativas das dificuldades do doente do que a pontuação geral do teste;
- **Escala de Lawton e Brody** – avaliação da capacidade do doente realizar as AIVDs – tarefas que lhe permitem viver integrado independentemente na comunidade, tais como utilizar um telefone, fazer compras, cozinhar refeições, lavar a roupa, tratar da lida da casa, utilizar meios de transporte, tomar medicação de forma adequada, ser responsável com assuntos financeiros. A informação é obtida através de um questionário que atribui a cada AIVD vários patamares de dependência, sendo o resultado final a soma das pontuações individuais de cada pergunta. De salientar que, no caso dos homens não se contabilizam as tarefas domésticas, a preparação de refeições nem a lavagem da roupa. Como tal, os resultados finais poderão variar entre 0 e 8 nas mulheres e entre 0 e 5 nos homens.
- **Classificação Funcional da Marcha de Holden** – avalia a autonomia na marcha, tendo em conta a presença e o tipo de ajudas nesta e a superfície (plana, inclinada, escadas). Esta classificação pode ser feita observando o doente a andar nas referidas superfícies, ou inquirindo o próprio. Existem 6 categorias (marcha ineficaz, marcha dependente níveis I e II, marcha independente com supervisão, marcha independente em superfície plana, marcha independente) e o doente será integrado numa delas;
- **POMA** – avalia os fatores de risco de quedas nos idosos. É constituído por dois componentes – estático e dinâmico
- **Timed Get Up and Go** – teste em que se pede ao doente que se levante de uma cadeira, caminhe três metros e volte a sentar-se. Durante esta atividade o doente pode utilizar auxiliares de locomoção e pode fazer pequenas pausas para descansar, no entanto, não se pode sentar durante essas pausas. O tempo de todo este processo é contabilizado e

consiste no resultado do teste. Abaixo dos 10 segundos considera-se a mobilidade do idoso normal. Com o resultado, pode-se avaliar a velocidade da marcha, o equilíbrio, alguma resistência física e a capacidade do idoso se locomover sozinho na rua;

- **MMSE** – avalia sumariamente as funções cognitivas mediante um questionário. São avaliadas a memória imediata e recente, orientação, linguagem, capacidade construtiva, atenção e cálculo. Cada resposta certa vale um ponto. A soma de todos os pontos dá o resultado final, de 0 a 30. Um resultado é considerado normal de acordo com a escolaridade do doente: analfabetos ≤ 15 , entre 1 e 11 anos de escolaridade ≤ 22 e 11 ou mais anos de escolaridade ≤ 27 .
- **Escala de Depressão Geriátrica – 15** – apesar de haver uma escala de depressão com expressão até ao valor 30, a escala utilizada neste trabalho foi a GDS-15, que constitui a versão curta validada pelo autor e cujos resultados se podem sobrepor aos da versão mais extensa. Este teste procura sintomatologia depressiva, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais típicos de depressão. É feito um questionário em que a soma da pontuação de cada resposta consiste no resultado final, que pode classificar a situação do idoso como “**sem depressão**” (0 – 5), “**depressão ligeira**” (6 – 10) ou “**depressão grave**” (11 – 15);
- **Teste do Relógio** – traduz o padrão de funcionamento frontal e temporoparietal, rastreando disfunções executivas. Pede-se ao doente que recrie um relógio marcando uma determinada hora. De acordo com categorias já estipuladas, que expressam as várias etapas que o doente deve realizar, pontua-se.

Com base nos dados colhidos e acima enumerados, fez-se um tratamento estatístico que permitiu agrupar a informação, sistematizá-la, salientar os dados mais importantes e discutir os resultados.

RESULTADOS

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos, bem como uma sucinta análise descritiva dos mais relevantes, visando descrever e sistematizar os dados recolhidos.

A amostra é constituída por 64 indivíduos, seguidos em consulta de Geriatria, no serviço de Medicina Interna do CHUC, relativos a um período compreendido entre Maio de 2015 e Outubro de 2018.

Aproximadamente 72% da amostra é constituída por mulheres, com os restantes 28% ocupados por indivíduos do sexo masculino.

As tabelas 1 e 2 e os gráficos 1, 2 e 3 permitir-nos-ão caracterizar a amostra em termos sociodemográficos gerais.

Tabela 1 – Distribuição da faixa etária

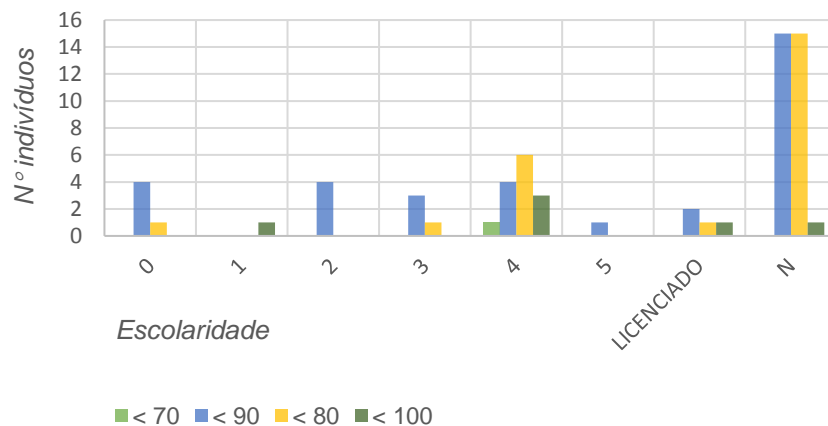
Variáveis	Sexo masculino			Sexo feminino			TOTAL		
		n	%		n	%		n	%
Grupo etário (anos)									
65-74		1	5,56	8	17,39	9	14		
75-84		10	55,56	24	52,17	34	53		
85-94		7	38,89	24	30,43	21	33		

$$\bar{x} = 81,25; Md = 85$$

Tabela 2 – Distribuição do estado civil

Variáveis	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Viúvo	6	33,33	21	45,65	27	42,18
Casado	10	55,56	20	43,48	30	46,88
Solteiro	0	0,00	4	8,70	4	6,25
Divorciado	2	11,11	1	2,17	3	4,69

Gráfico 1 – Escolaridade por faixas etárias



Em termos etários, mais de metade da amostra (53%) encontra-se entre os 75 e os 84 anos. O segundo maior grupo nesta variável encontra-se entre os 85 e os 94, ficando na cauda desta análise os indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e 74.

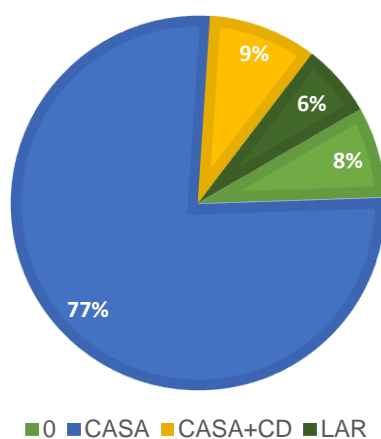
A amostra tem uma média de idades de 81,25 anos e uma moda de 85.

Quanto à escolaridade, 31 indivíduos não possuem informação nos seus processos. A maior parte dos indivíduos com esta informação concluíram o 4º ano de escolaridade, com predominância dos indivíduos entre os 70 e os 79 anos. Apenas 5 indivíduos não

possuem qualquer tipo de formação académica (dos quais 4 têm mais de 80 anos) e 4 completaram o ensino superior.

No que concerne ao estado civil, a maioria é casada (47%), seguida do grupo dos viúvos com 42%. O grupo menos significativo é o dos indivíduos divorciados, com 5% da amostra. Quando cruzamos a informação relativa ao estado civil com o sexo, verificamos que a maioria das mulheres é viúva, ao passo que nos homens a maioria é ocupada pelos casados (55%), havendo apenas 33% de viúvos.

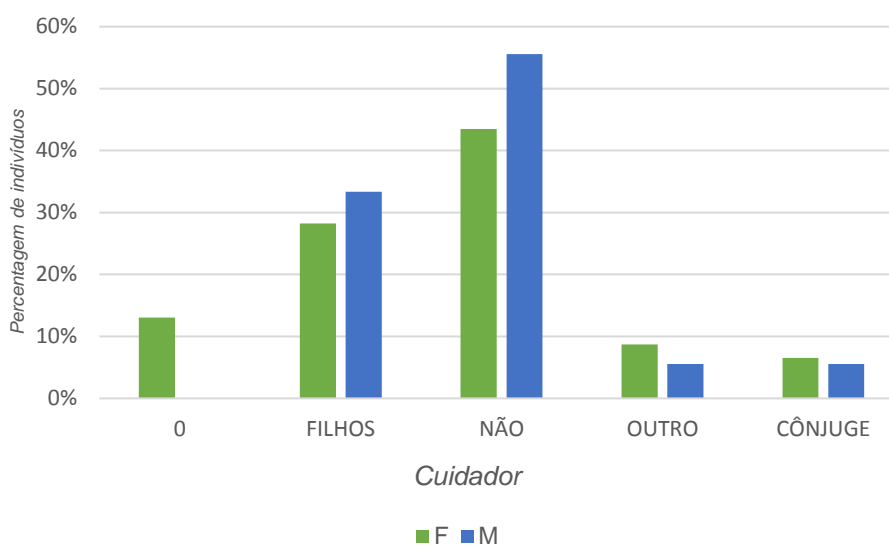
Gráfico 2 – Domicílio



A maior parte dos indivíduos mora em casa própria, sendo que apenas 9% mora em casa própria mas frequenta o centro de dia e, com a percentagem mais baixa, 6% estão a tempo inteiro institucionalizados em lares.

8% dos indivíduos estudados não tinham informação quanto ao seu domicílio nos processos.

Gráfico 3 – Cuidadores informais



Em ambos os sexos, a maior parte dos indivíduos não tem um cuidador que o ajude nas AIVD, na gestão da medicação e dos cuidados de saúde ou que constitua um vigilante no domicílio. Quando existe necessidade de apoio é geralmente realizado pelos filhos do idoso.

Nas mulheres, 9% é tratada por outro cuidador (não especificado) e 7% pelos seus cônjuges. Nos homens, a percentagem de indivíduos cuidados por outros cuidadores e pelos cônjuges é a mesma.

Os seguintes dados dizem respeito às características clínicas da população em estudo.

No que concerne a antecedentes pessoais, registaram-se as co-morbilidades descritas nos processos até um máximo de 13.

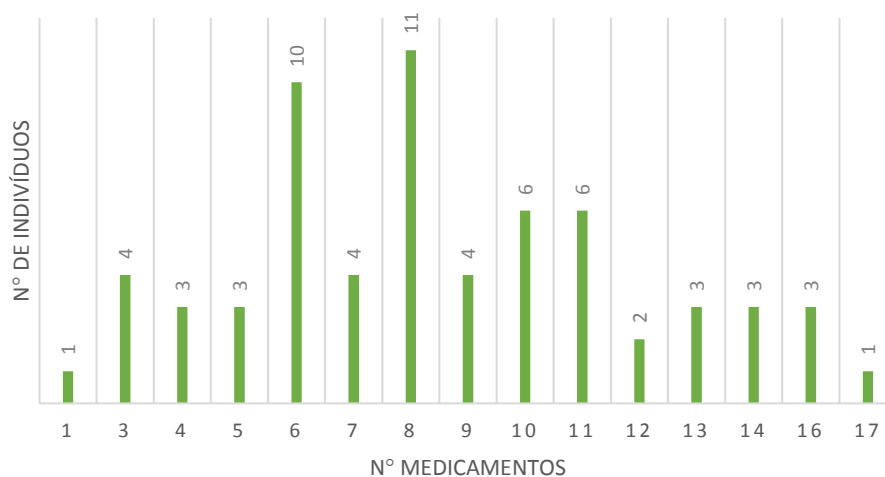
89,06% dos indivíduos tinham registados mais de 3 doenças; apenas 1 indivíduo não tinha registado qualquer co-morbilidade.

Dos 100 antecedentes pessoais relatados, segue-se a distribuição dos mais frequentes na amostra.

Tabela 3 – Antecedentes Pessoais mais frequentes

Antecedentes Pessoais	n	%
Insuficiência cardíaca	46	46
Hipertensão arterial	36	36
Diabetes Mellitus 2	20	20
Dislipidemia	19	19
Depressão	12	12
Fibrilhação auricular	12	12
Hipoacúsia	10	10
Osteoporose	10	10

Gráfico 4 – Medicação habitual



Analisando o gráfico relativo ao número de medicamentos habituais da amostra, verificamos que todos os indivíduos em estudo tomam pelo menos um medicamento diariamente, sendo que este número vai até um máximo de 17. Apenas um indivíduo toma um único medicamento diário, sendo que também apenas um toma 17.

Em média, os indivíduos da amostra tomam 8,56 medicamentos, sendo que a moda desta variável é 8.

Ainda dentro do contexto das características clínicas, averiguou-se a toma das vacinas da gripe e antipneumocócica, cujos resultados se podem ver nos gráficos seguintes.

Gráfico 5 – Vacina Gripe

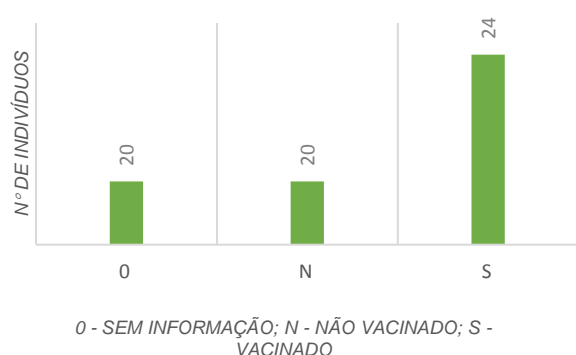
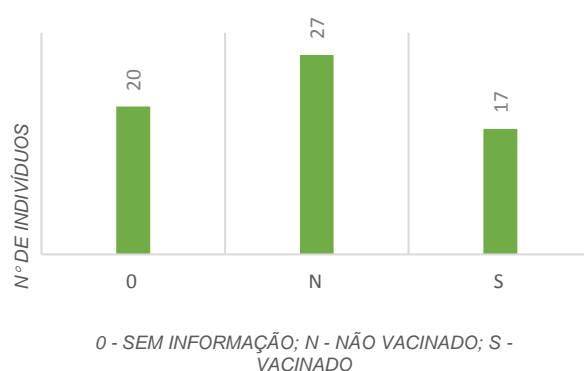


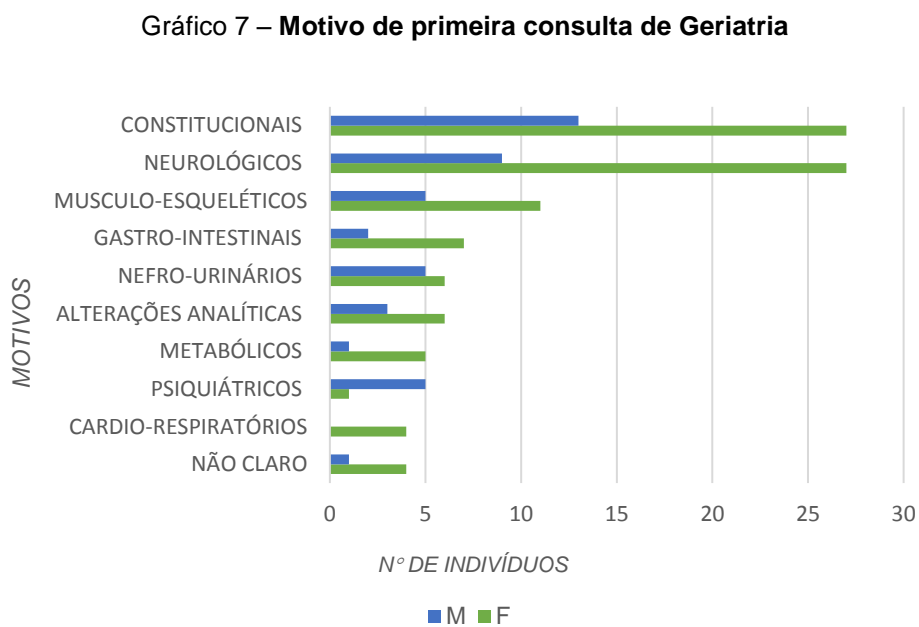
Gráfico 6 – Vacina Antipneumocócica



20 indivíduos, aproximadamente 31% da população da amostra, não tem informação relativa à vacinação nos respetivos processos clínicos.

Novamente, 20 indivíduos não realizaram vacina contra a gripe, contra 24 que se vacinaram. Relativamente à vacina antipneumocócica, 27 foram vacinados, face a 17 que não foram.

Ao nível das características da consulta, as seguintes representações mostram os motivos que levaram os indivíduos à primeira consulta de Geriatria, a origem do pedido da consulta, o ano da mesma e qual o seguimento que tiveram.

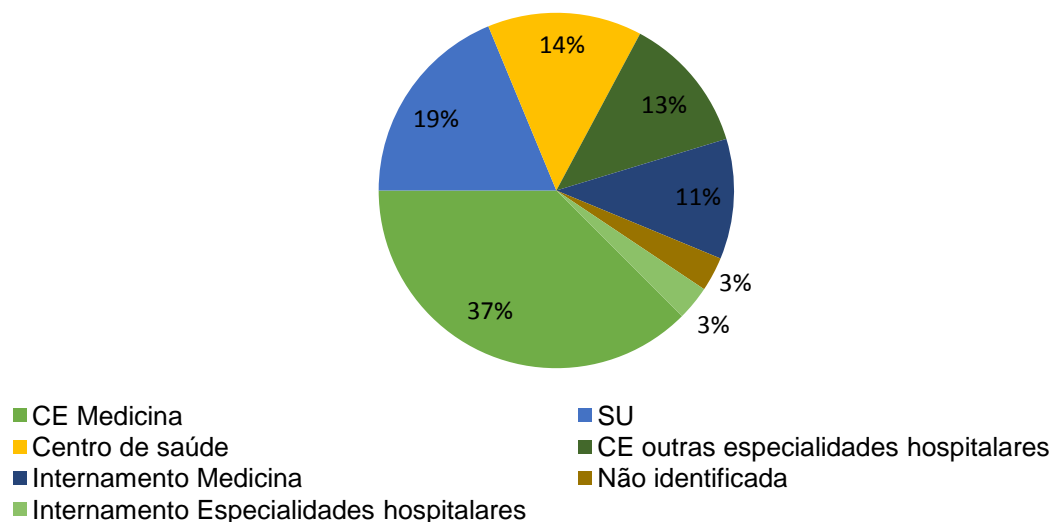


A maioria dos vistos em consulta, 40 indivíduos, foram encaminhados por sintomatologia constitucional, incluindo perda ponderal significativa, cansaço marcado, astenia, tonturas, declínio físico e funcional, dependência nas AIVD e mal estar generalizado. Dentro deste grupo, as mulheres recorreram em maior número à consulta do que os homens (27 face a 13 homens).

Em seguida, foram os sinais e sintomas neurológicos que motivaram a consulta dentro da população estudada, também aqui com predomínio das mulheres em sintomatologia que inclui desequilíbrio, diminuição da acuidade visual, alterações de memória, tremor essencial e cefaleias.

A iatrogenia, os quadros oncológicos e a polimedicação detectada a montante da consulta de Geriatria encontram-se nos motivos que menos levaram os indivíduos à referida consulta.

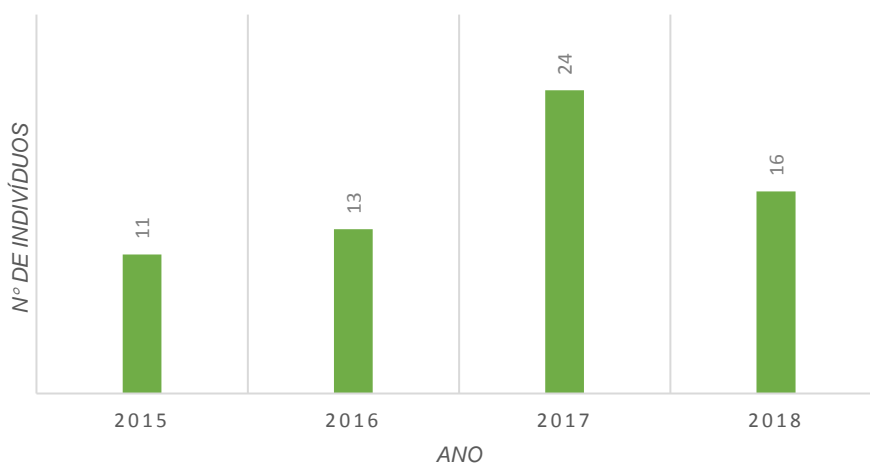
Gráfico 8 – Origem do pedido da consulta de Geriatria



A maioria dos pedidos de consulta de Geriatria provêm do internamento de Medicina Interna, seguidos de pedidos de seguimento pela Urgência.

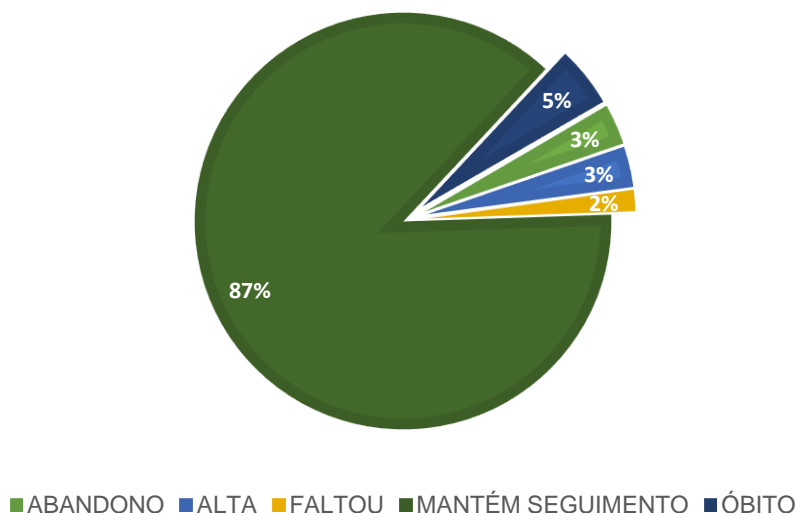
14% vêm encaminhados do Centro de Saúde, 13% da consulta externa de outras especialidades hospitalares, 11% da consulta externa de Medicina Interna, 3% do internamento de outras especialidades hospitalares e também 3% têm origem não especificada.

Gráfico 9 – Ano da primeira consulta de Geriatria



As consultas em estudo tiveram lugar entre 2015 e 2018, sendo que a maioria dos estudados, 24 indivíduos, correspondendo a 37,5% do total, tiveram a sua primeira consulta em 2017.

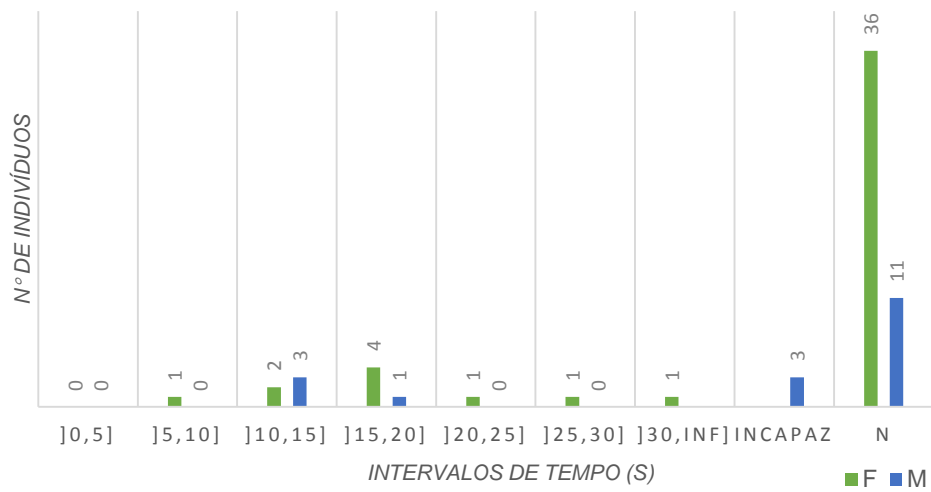
Gráfico 10 – Seguimento após consulta de Geriatria



Por fim, verificou-se que a grande maioria dos consultados mantiveram seguimento na consulta de Geriatria, enquanto que 3% abandonou a mesma, 2% faltou, 3% teve alta e 5% faleceu antes da consulta seguinte.

Relativamente ao estudo da bateria de exames preconizada para a caracterização dos indivíduos em consulta, estudaram-se os resultados dos testes GUG e Holden para a avaliação da mobilidade e marcha.

Gráfico 11 - Teste Timed Get Up and Go

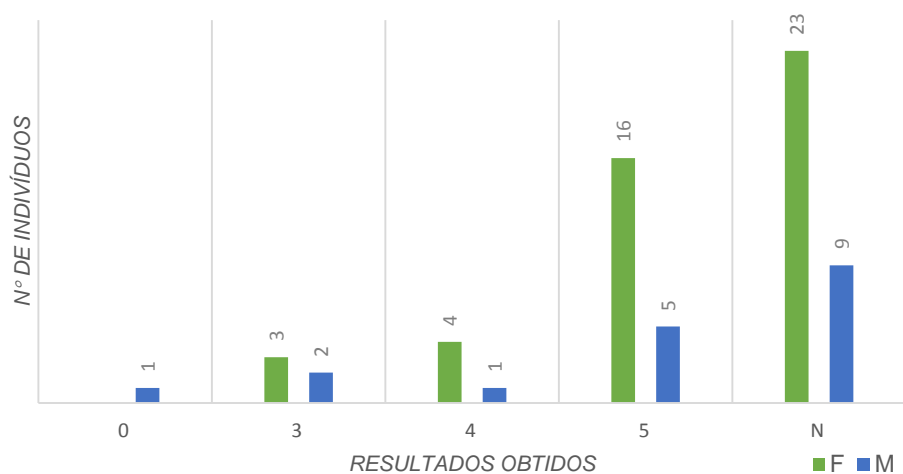


47 dos estudados não realizaram o teste GUG na consulta de Geriatria.

Dos que realizaram, todos demoraram mais do que 5 segundos, sendo que o tempo máximo registado é acima dos 30 segundos, não especificado.

Não houve nenhum dos estudados do sexo masculino incapaz de realizar o teste, contrariamente ao que aconteceu nas mulheres, havendo 3 registos de incapacidade de completar o teste.

Gráfico 12 – Teste Holden



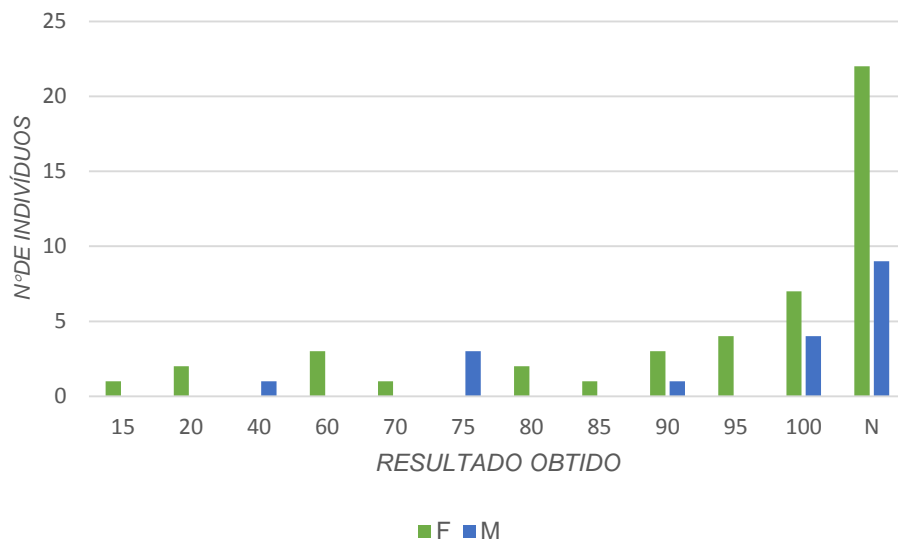
Relativamente ao teste de Holden, 32 dos estudados não realizaram o teste, ou não têm registo do mesmo nos seus processos.

Dos que realizaram, observou-se que houve 1 homem com marcha ineficaz (pontuação 0), 3 mulheres e 2 homens com marcha dependente com supervisão (pontuação 3), 4 mulheres e 1 homem com marcha independente em superfície plana (pontuação 4) e 16 mulheres e 5 homens com marcha independente (pontuação 5).

A média de pontuação neste teste foi de 4,38 e a moda de 5.

Quanto à actividade funcional dos indivíduos, estudaram-se os resultados obtidos nos testes de Barthel, Lawton & Brody e SPPB.

Gráfico 13 – Índice de Barthel

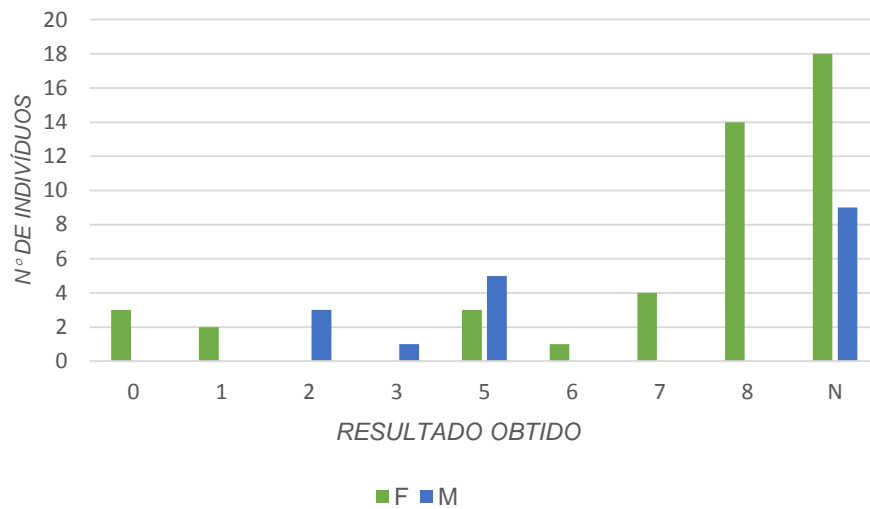


31 indivíduos, 48,44% da amostra, não possuem registro da realização do Índice de Barthel nos seus processos.

4,69% da amostra apresentam dependência total nas várias actividades abordadas pelo teste, 6,25% têm grave dependência, 17,19% revelam dependência moderada, 6,25% com dependência muito leve e, por fim, 17,19% independentes nas actividades.

Em média, os indivíduos em estudo apresentam um valor de 80,58 e uma moda de 100.

Gráfico 14 - Escala de Lawton & Brody



Nesta análise, 27 indivíduos, 42,19% da amostra, não apresentavam registros da realização deste teste nos seus processos.

Neste caso, interessa analisar os dados separando os sexos visto que a escala tem limites superiores diferentes para homens e para mulheres.

Observou-se que 4 homens apresentam dependência moderada na realização das actividades que lhes permitem viver em comunidade, seguidos de 5 indivíduos independentes.

Nas mulheres, 5 apresentam dependência total, 3 dependência moderada, 5 dependência ligeira e 14 são totalmente independentes.

Tendo em conta a totalidade da amostra, contemplando ambos os sexos, em média a pontuação obtida foi de 5,76 e a moda de 8.

Gráfico 15 – Teste Equilíbrio SPPB

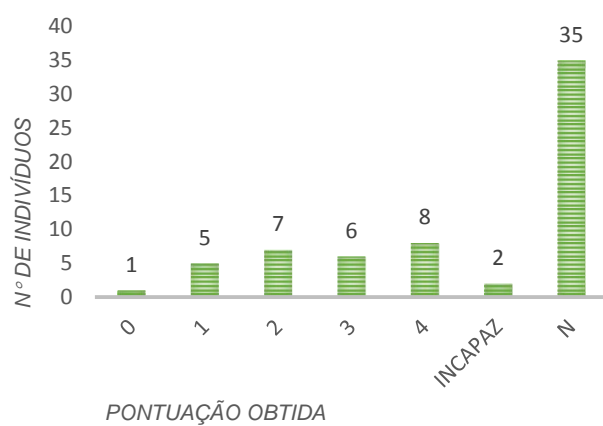


Gráfico 16 – Teste Cadeira SPPB

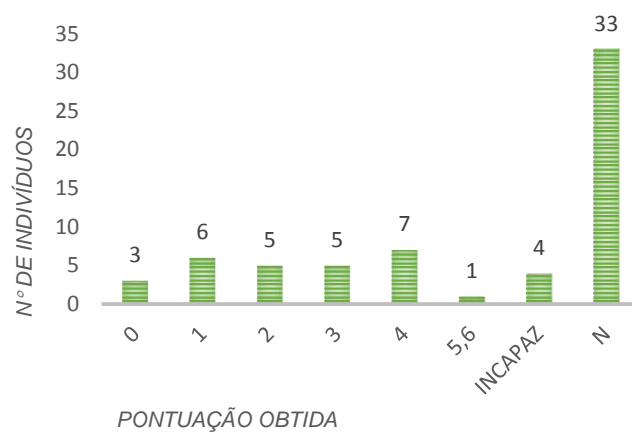
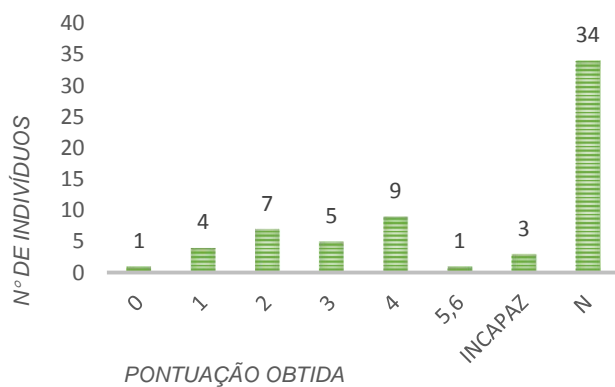
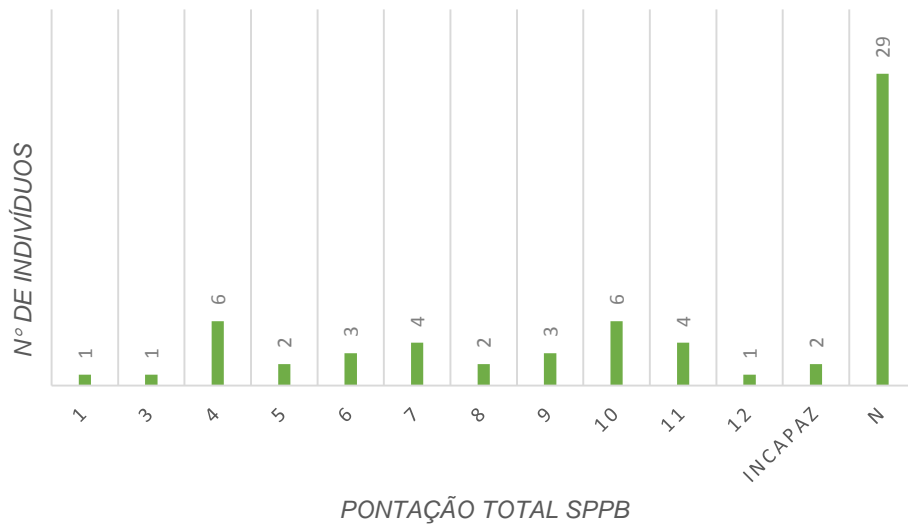


Gráfico 17 – Teste 4 metros SPPB



Conjugando as três dimensões do teste SPPB, acima representadas nos gráficos 15, 16 e 17, obtém-se a pontuação total SPPB.

Gráfico 18 – SPPB total

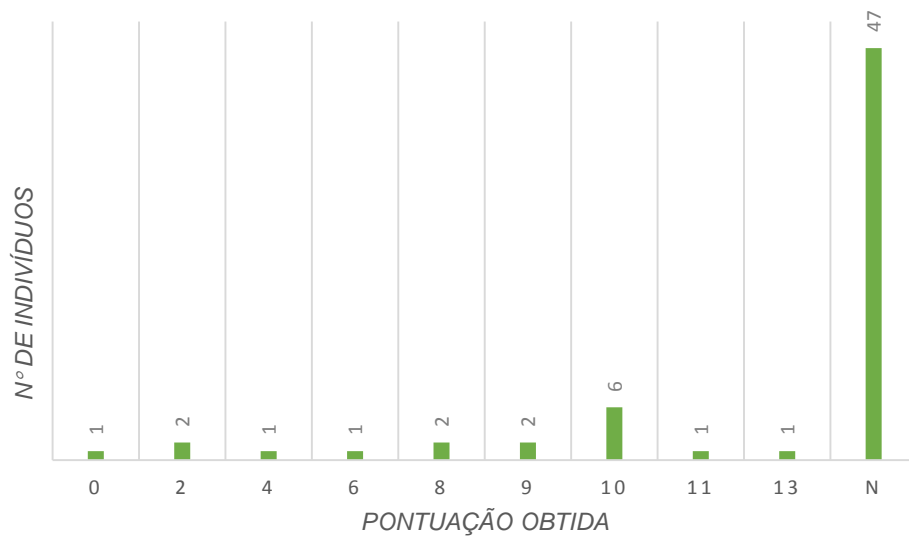


29 dos estudados não tinham registo da realização do teste SPPB nos seus processos.

Dos que tinham essa informação, 2 indivíduos não foram capazes de realizar as várias componentes do teste, não tendo uma pontuação final atribuída.

2 indivíduos obtiveram até 3 pontos, tendo o seu desempenho sido classificado como muito baixo, 11 obtiveram entre 4 e e 6, tendo tido baixo desempenho, 9 dos estudados somaram entre 7 a 9 pontos, com moderado desempenho e, finalmente, 11 tiveram entre 10 e 12 pontos, o que corresponde a um bom desempenho.

Gráfico 19 – Teste do Relógio



Neste teste, 47 indivíduos da amostra não tinham registos da sua realização nos seus processos.

Dos que tinham, 1 não conseguiu realizar o teste. 4 indivíduos tiveram pontuação inferior a 4, cut-off de indicação para estudo neurológico do doente. 13 obtiveram pontuações superiores a 4, até um máximo de 13.

Relativamente ao estudo das quedas e do seu risco, trataram-se os dados existentes nos processos, tendo chegado aos seguintes resultados.

29,69% da amostra não apresentava qualquer referência a quedas nos seus processos. 39,06% tinham registadas quedas nas suas informações, face a 31,25% que negavam tais episódios.

Gráfico 20 – Equilíbrio estático - POMA

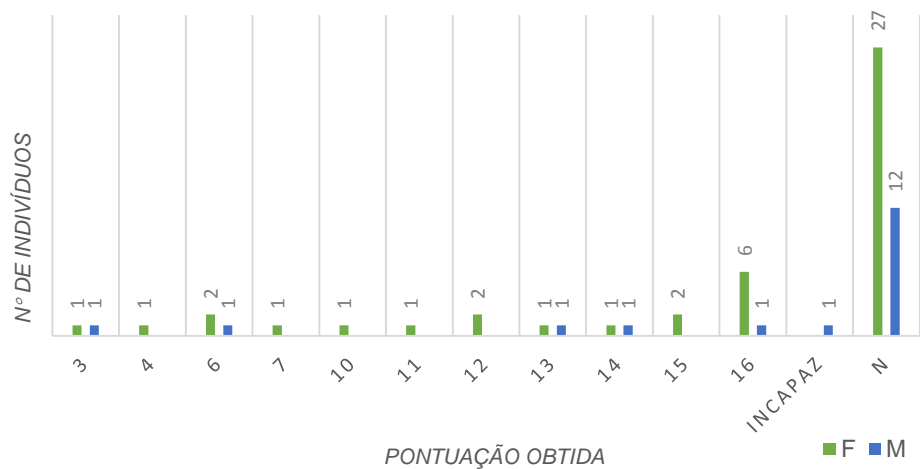
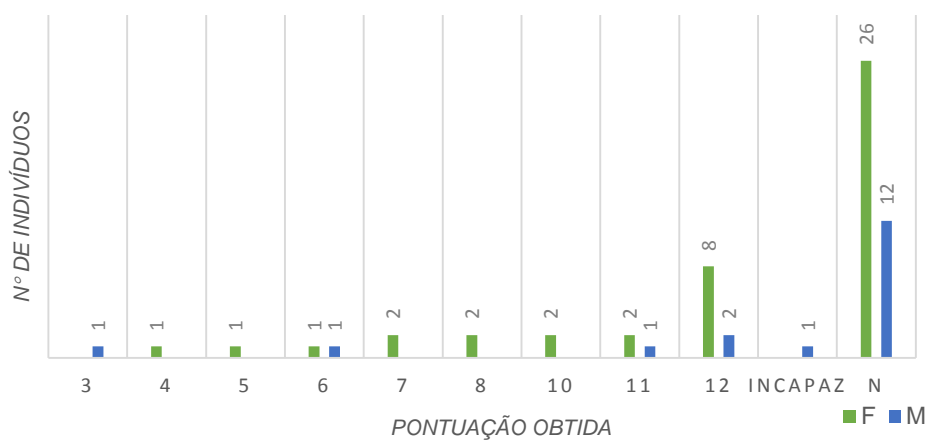
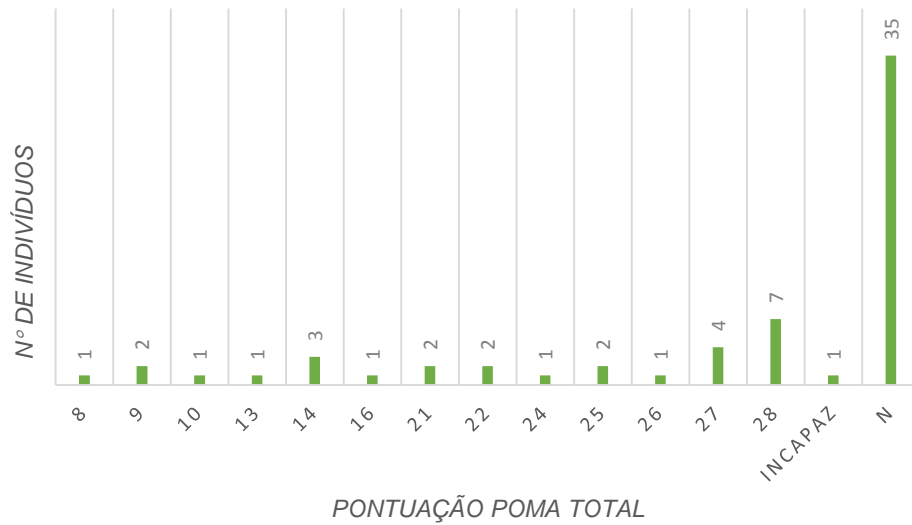


Gráfico 21 – Equilíbrio dinâmico - POMA



Do cruzamento dos dados provenientes dos dois componentes do teste POMA, estático e dinâmico, resulta um total que nos dá a previsão do risco de queda em idosos, como se pode ler no gráfico seguinte, gráfico 22.

Gráfico 22 – Pontuação POMA total



35 indivíduos, 54,69% da amostra, não tem registo da pontuação POMA nos seus registos.

14 indivíduos, 21,88% da amostra, apresenta uma pontuação compreendida entre 25 e 28, tendo um baixo risco de queda.

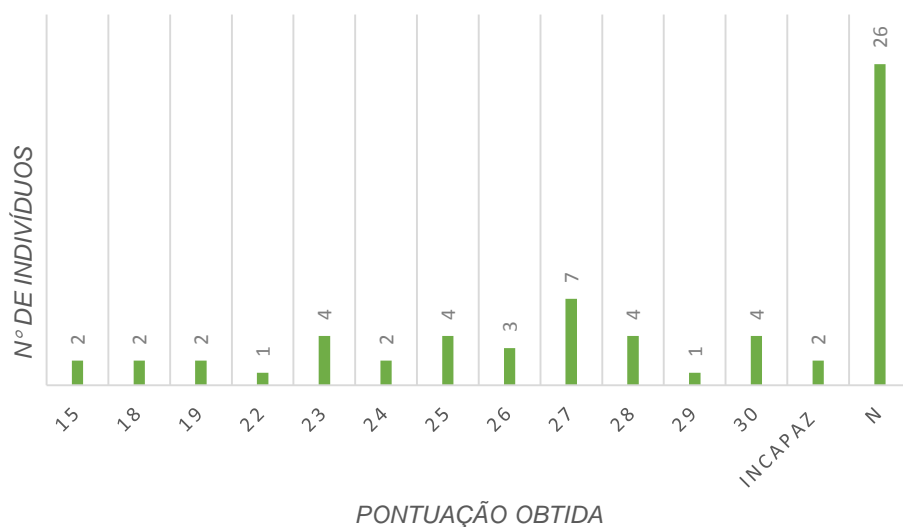
Com risco moderado, tendo pontuações entre 19 e 24, há 5 indivíduos, 7,81%.

Por fim, com pontuações inferiores a 19 e, portanto, elevado risco de queda, encontraram-se 9 indivíduos, 14,06% da população em estudo.

Neste teste, a média de resultados foi de 21,32 e a moda de 28.

Para a avaliação do estago cognitivo, recolheram-se os dados relativos ao MMSE e obtiveram-se os seguintes resultados.

Gráfico 23 - Mini Mental State Examination



26 estudados não têm registos da realização do MMSE.

Dos que realizaram, 2 revelaram ser incapazes de realizar o teste, indicando perda cognitiva grave. Mais nenhum indivíduo teve uma pontuação igual ou inferior a 9 pontos, indicando que na amostra não existe mais nenhum caso de perda cognitiva grave.

6 indivíduos obtiveram entre 10 a 20 pontos, tendo sido classificados como portadores de perda cognitiva moderada.

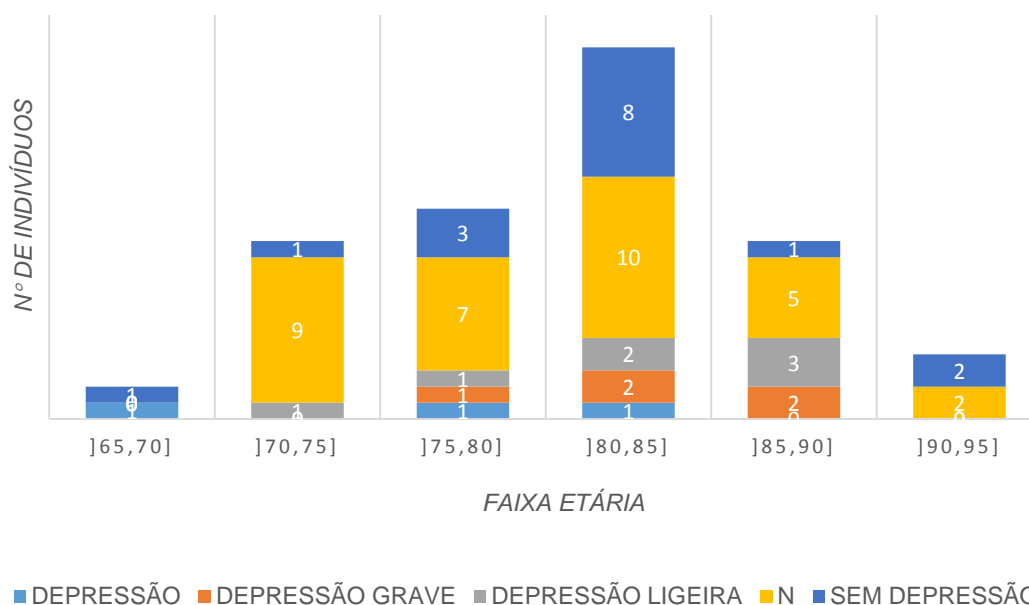
Com perda cognitiva ligeira, observaram-se 14 casos, com pontuações compreendidas entre 21 e 26.

Por fim, com pontuações entre os 27 e 30, encontram-se os 16 casos de função cognitiva totalmente normal.

Em média, os estudados obtiveram 24,83 pontos na realização do MMSE, sendo a moda 27.

Através da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, pontuada até 15, obtiveram-se resultados relativos à incidência de depressão na população estudada.

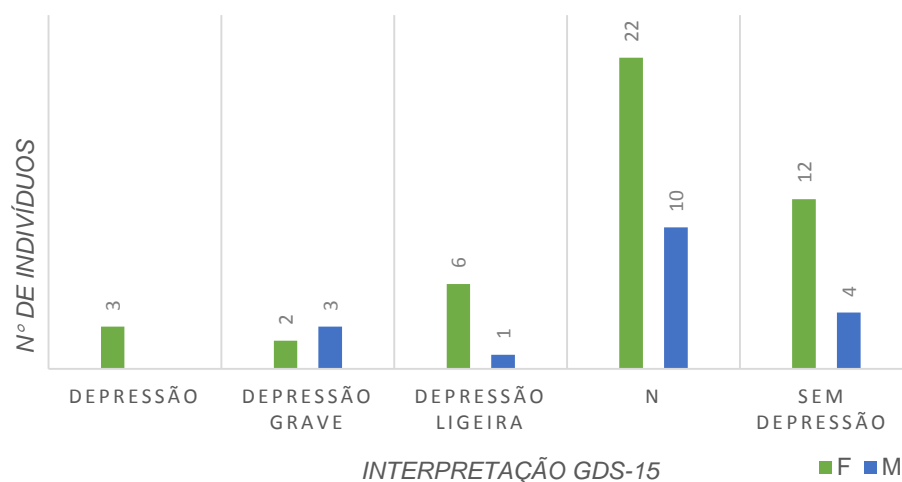
Gráfico 24 – Escala de depressão geriátrica vs idade



Observa-se que a maior parte dos indivíduos que responderam e que não têm depressão se encontram entre os 80 e os 85 anos de idade. Dos 75 aos 90 encontram-se os únicos casos de depressão grave e dos 70 aos 90 os de depressão ligeira.

33 dos indivíduos estudados não tinham qualquer registo da realização do questionário de depressão geriátrica.

Gráfico 25 - Interpretação da pontuação da escala de depressão geriátrica vs sexo



Ainda sobre os dados recolhidos dos registos da escala de depressão geriátrica, observou-se que há 3 vezes mais mulheres sem depressão do que homens e 6 vezes mais mulheres com depressão ligeira do que homens. Quanto a depressão grave, 2 mulheres e 3 homens obtiveram pontuação correspondente.

Para descrever a avaliação nutricional, recorreu-se aos dados relativos aos perímetros braquial e abdominal, ao IMC e aos registos BIA.

Não havia informação disponível suficiente que justifique a apresentação dos resultados dos registos BIA, pelo que não será abordada neste capítulo.

Gráfico 26 – Perímetro braquial

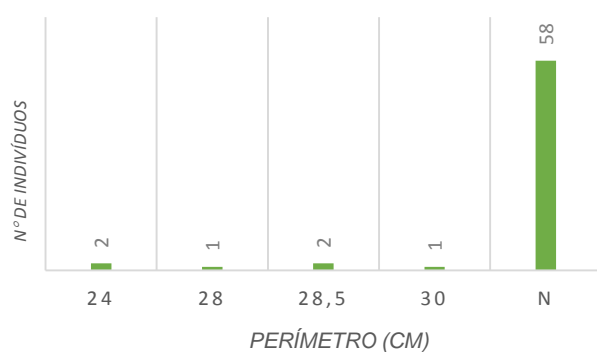
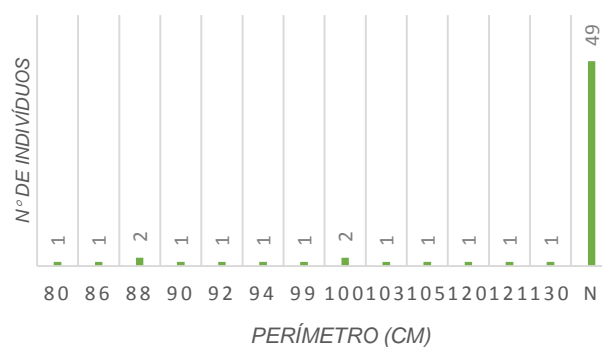
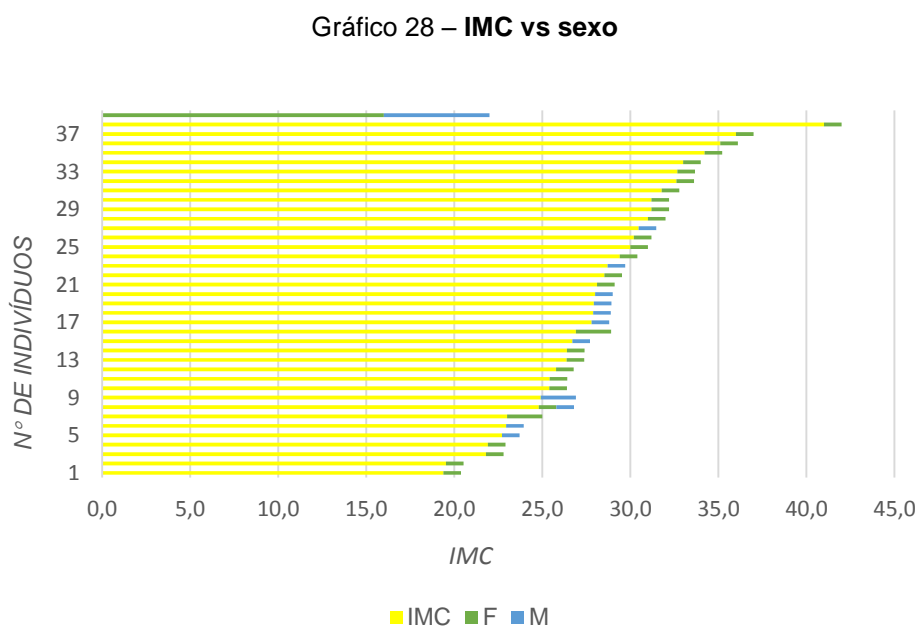


Gráfico 27 – Perímetro abdominal



58 indivíduos, 90,63% da amostra, não tinham registos do perímetro braquial na avaliação nutricional.

49 indivíduos, 76,56% da amostra, não tinham registos do perímetro abdominal na avaliação nutricional.



22 indivíduos, 34,38% da amostra, não tinha registo do IMC (ou dos dados necessários para o calcular) na avaliação nutricional.

Os valores de IMC registados vão desde 19,4 a 41,0, sendo que os valores mais elevados (de 31,0 a 41,0) correspondem a indivíduos do sexo feminino.

No que toca à avaliação da força muscular, foram analisados os valores registados relativos às forças de prensão palmares direita e esquerda.

Dada a reduzida amostra de indivíduos com registos deste teste, optou-se por apresentar estes resultados em tabela, para facilidade de exposição.

Tabela 4 – Força de preensão palmar direita nas mulheres

FPP (kg)	MULHERES (n)	%
10	2	4,35
13	1	2,17
14	2	4,35
18	1	2,17
19	1	2,17
20	1	2,17
21	1	2,17
22	2	4,35
23	1	2,17
40	1	2,17
N	33	71,74

Tabela 5 – Força de preensão palmar esquerda nas mulheres

FPP (kg)	MULHERES (n)	%
10	3	6,52
12	1	2,17
13	1	2,17
16	1	2,17
18	1	2,17
19	2	4,35
21	1	2,17
22	1	2,17
40	1	2,17
N	34	73,91

Verificou-se que 15,22% das mulheres apresentam uma força de preensão palmar inferior a 20 kg à direita e 19,57% à esquerda.

Tabela 6 – Força de prensão palmar direita nos homens

FPP (kg)	HOMENS (n)	%
19	1	5,56
30	1	5,56
36	1	5,56
N	15	83,33

Tabela 7 – Força de prensão palmar esquerda nos homens

FPP (kg)	HOMENS (n)	%
21	1	5,56
30	1	5,56
N	16	88,89

Nos homens, verificou-se que 5,56% têm uma força de prensão palmar inferior a 30kg, de ambos os lados.

DISCUSSÃO

Tendo em conta que a população em estudo é constituída por mais mulheres do que por homens, pode-se concluir que há mais mulheres viúvas do que homens neste estado civil, podendo inferir que as mulheres morrem mais tarde, apesar de também apresentarem diversas co-morbilidades.

Em termos de escolaridade, não é possível tirar conclusões fidedignas, dado o elevado número de entradas sem registo desta variável em ambos os sexos.

Como podemos ver na apresentação dos resultados, a maioria dos estudados não tem um cuidador que o ajude nas AIVD, na gestão da medicação e dos cuidados de saúde. Uma parte desses indivíduos, apesar de não terem cuidador principal, apresentam dependência a nível funcional, da mobilidade e da cognição, o que nos leva a reflectir sobre a necessidade que estes doentes poderão ter num acompanhamento mais apertado ou mesmo da frequência de um centro de dia. Obviamente, estes aspectos têm implicações que ultrapassam a prática clínica e que já entram no campo da gestão hospitalar e do contexto sócio-económico do doente, nomeadamente a capacidade de resposta do hospital, a capacidade financeira do utente ou mesmo a sua própria percepção das limitações que apresenta.

Esta temática do acompanhamento é pertinente mas também delicada de gerir, acabando muitas vezes por recair sobre os médicos e o hospital.

Um estudo feito em Portugal com o objectivo de descrever os cuidadores informais e compreender a disponibilidade do tratamento informar, concluiu que a população com mais necessidades desse tipo de cuidados a longo-prazo é formada por idosos com grave dependência nas AIVD e com doença crónica, com predomínio do sexo feminino. Concluiu-se que existe uma situação crítica tanto para os idosos dependentes, como para os cuidadores informais, que só se resolverá com uma nova abordagem nos cuidados informais a longo-prazo.³

Na Europa há padrões distintos de organização dos cuidados a longo-prazo, verificando-se uma organização mais baseada nos cuidados formais e serviços públicos no Norte, comparativamente a uma organização mais informal e baseada em cuidados familiares no Sul, o que poderá ser explicado por questões culturais. Portugal segue o modelo do sul, com a família a ser o principal prestador de cuidados, diferindo dos outros países do sul apenas numa variável: a elevada percentagem de mulheres no mercado de trabalho.³

O envelhecimento demográfico está a obrigar os estados e pensar em políticas de cuidados a longo-prazo. A saúde pública vê-se perante o desafio de promover uma reforma nas políticas de saúde que acompanhem e sustentem o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento populacional.³ Exemplo disso é a proposta de lei que foi aprovada em Portugal em Fevereiro de 2019, que estabelece medidas de apoio ao cuidador informal e regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada.⁴

O estudo dos antecedentes pessoais permite-nos concluir que os doentes da consulta têm um elevado e variado número de co-morbilidades.

Acresce a este facto a polimedicação de quase todos os indivíduos em estudo, cuja administração muitas vezes não é controlada por terceiros e, muitas vezes, redundante. A polimedicação, para além da paradoxal má adesão à terapêutica, é também um dos principais responsáveis pelos eventos medicamentosos adversos. O aumento da complexidade de um esquema terapêutico torna o doente mais susceptível a complicações daí provenientes.⁵

O envelhecimento demográfico requer um aumento da complexidade da farmacoterapia, no entanto, esta combinada com a fragilidade dos idosos, a perda de capacidade cognitiva e as mudanças fisiológicas na farmacocinética e farmacodinâmica levam a um risco aumentado de eventos medicamentosos adversos.⁶ Os problemas relacionados com a polimedicação não se reduzem ao referido acima: muitas vezes, a prescrição dos mesmos princípios activos por vários médicos, a má administração e a falta de supervisão por parte de um cuidador levam a um risco elevado de interacções medicamentosas, hospitalizações e subterapêutica.

Torna-se de crucial importância a gestão de todos os antecedentes, motivos de consulta e perfil farmacológico. O doente geriátrico é, sem dúvida, um doente multidisciplinar, que requer uma abordagem semelhante – multidisciplinar; requer cuidados de saúde em várias frentes, acabando a consulta de Geriatria por ser o denominador comum de todas essas necessidades.

A gestão de todos estes factores é desafiante e fulcral para uma boa prestação de cuidados, residindo aqui uma das mais-valias da consulta de Geriatria.

A consulta hospitalar de Geriatria tem-se vindo a tornar um lugar comum e um tema de estudo nos países desenvolvidos. Na Alemanha, por exemplo, a consulta de Geriatria foi estabelecida como um determinante de riqueza social no sistema de saúde.⁷

Quanto à análise dos resultados relativos à vacinação, há aproximadamente a mesma proporção de vacinados e de não vacinados com as vacinas para a gripe e antipneumocócica. Não são resultados ideais em termos de prevenção no entanto, tendo em conta as faixas etárias contempladas e a pouca mobilidade e acesso a cuidados de saúde primários de alguns dos estudados, são resultados promissores.

Estudos realizados na Europa demonstraram que a taxa de cobertura vacinal com a vacina antipneumocócica tem uma grande variabilidade entre países, podendo variar entre 21,9% e 88,4%.²⁴⁻²⁷ Um estudo realizado pelo Eurosurveillance em 2003, demonstrou que Portugal era o único país da Europa a 27 que não tinha recomendações nacionais para a realização da vacina antipneumocócica à data.⁸

A abordagem da vacinação na consulta de Geriatria reveste-se de muita importância, uma vez que o aumento da esperança média de vida justifica uma adaptação às necessidades vacinais da 3ª idade, compreendendo o porquê da baixa taxa de cobertura e da imuno-senescência que se verifica. Contrariamente ao que se verifica na idade pediátrica, nos idosos não existe um plano de vacinação específico, resultando numa baixa taxa de cobertura vacinal nestas faixas etárias. Apesar de se ter criado um grupo

de trabalho pela EUGMS e pela IAGG-ER, esta continua a ser uma realidade com a qual o médico em consulta de Geriatria tem de lidar e gerir. ⁹

Analisando os resultados relativos aos testes de mobilidade, não se encontram grandes volumes de incapacidade. No entanto, a grande percentagem de indivíduos sem registos não permite que se tirem conclusões fidedignas.

Com os registos existentes, concluiu-se que das 6 pessoas com marcha incapaz ou dependente com supervisão, de acordo com os resultados do teste Holden, apenas 1 não tem história de quedas.

Assim, não contabilizando os processos sem registo, dos 55,56% que registaram quedas, 24% têm pontuações Holden indicativas de dificuldade na marcha.

Todos os indivíduos que apresentam dependência ou incapacidade na marcha obtiveram pontuações correspondentes a elevado risco de queda (POMA Total).

A concordância dos resultados dos referidos testes mostra que há forma de prever e prevenir as quedas em doentes em consulta, podendo actuar sobre a sua supervisão e sobre a sensibilização para o risco de queda e respectivas consequências em idosos com co-morbilidades, sejam elas da coagulação ou reumatológicas.

O estudo das quedas e do risco de quedas no idoso têm motivado vários estudos, nomeadamente estudos que tentam implementar programas específicos para calcular esse risco, caracterizar o perfil de doentes mais susceptível a cair e até mesmo o medo de cair, já considerado um fenómeno *per se*. Este “medo de cair” está muitas vezes relacionado com outras co-morbilidades dos estudados: sedentarismo (evicção de actividade física), reduzida qualidade de vida, estados depressivos, ansiedade... ¹⁰

Em Portugal, a DGS estruturou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes ¹¹, em que um dos objectivos estratégicos era, precisamente, “prevenir a ocorrência de

quedas”, mostrando que esta realidade é uma preocupação transversal, afectando também a população portuguesa.

No que concerne à avaliação funcional, um dos testes estudados foi o Índice de Barthel.

No campo cognitivo, os 23,53% dos indivíduos que tinham registado o teste do relógio e que tiveram pontuação igual ou inferior a 4, manifestaram perda cognitiva ligeira e moderada no MMSE, revelando uma coerência nos resultados.

No que toca ao estudo da depressão da amostra, tiraram-se algumas conclusões:

- Dos indivíduos sem depressão, a maioria não tem um cuidador responsável, apresentando graus de dependência inexistente, moderada e leve no Índice de Barthel;
- Nos estudados com depressão grave, verifica-se a total ausência de cuidadores;
- Dos indivíduos com depressão, apenas 1 tem como um dos motivos de consulta queixas psiquiátricas;
- 33,33% dos indivíduos com depressão têm antecedentes psiquiátricos (outros episódios de depressão, ansiedade...);
- 26,67% dos indivíduos com depressão têm um grave estado de dependência, sendo que o restante tem dependência moderada ou inexistente;
- Por fim, há mais mulheres do que homens sem depressão e mais homens do que mulheres com depressão grave.

Assim, torna-se evidente que uma das áreas de interesse da consulta de Geriatria é a abordagem psiquiátrica, bem como do rebate que essa condição poderá ter nas outras dimensões do quotidiano e da própria saúde.

O acompanhamento destes doentes, principalmente dos que não têm um cuidador principal, reveste-se de extrema importância.

A depressão no idoso, para além de ser uma patologia multifactorial, apresenta sintomatologia distinta da depressão em idade jovem, o que faz com que o clínico deva estar especialmente atento e esclarecido para que o possa acompanhar devidamente.¹²

A etiologia e toda a fisiopatologia da depressão no idoso assume uma roupagem específica. Há uma relação reconhecida entre depressão e prejuízo cognitivo no idoso, havendo estudos que mostram uma correlação de 40% de doentes deprimidos com queixas de memória, comparativamente a 10-20% em indivíduos saudáveis.¹³

Ainda dentro do contexto de doença psiquiátrica, apenas salientar que a presença de co-morbilidade psiquiátrica em doentes idosos na admissão hospitalar é um predictor de mau prognóstico. A prevenção e o tratamento da patologia psiquiátrica é possível e representa um facto de melhoria no prognóstico dos doentes idosos.¹⁴

A avaliação nutricional foi uma das principais limitações deste trabalho. Todos os indivíduos com IMC normal não tinham depressão nem incapacidade na marcha; são maioritariamente mulheres dos 70 aos 92 anos, com bom desempenho no teste SPPB.

Com obesidade grau I, houve maioritariamente mulheres entre os 67 e os 83 anos, com marcha independente e bom desempenho no teste SPPB.

Com obesidade graus II e III encontram-se mulheres entre os 75 e os 85, sem depressão, com marcha independente e com bom desempenho no teste SPPB.

Ainda assim, a obesidade constitui 20,31% dos estudados com registo de IMC, o que mostra a extrema necessidade de melhorar a avaliação nutricional da consulta por parte de profissionais diferenciados que orientem e formem os doentes quanto à sua alimentação, exercício físico e perigos do sedentarismo.

Há diversos estudos que se focam na actividade física e na dominância do sedentarismo na 3ª idade, como por exemplo o projecto SITLESS que tenta determinar se esquemas de exercícios fixos, motivados pelos cuidadores ou em consulta, poderiam ser uma estratégia para reduzir o comportamento sedentário, aumentar a actividade física e melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade a longo-prazo. Tenta também estudar se haverá uma alteração na dimensão psicossocial e na interacção com a comunidade. ¹¹

Apesar de os doentes encaminhados para a consulta pelos Centros de Saúde serem os terceiros mais frequentes, a sua percentagem é ainda relativamente baixa. Ainda não existe uma preconização do encaminhamento para a consulta de Geriatria sem que se passe antes por outra especialidade hospitalar ou pelo serviço de urgência. A via Centro de Saúde – consulta de Geriatria seria de grande importância, podendo até ter consequências a nível hospitalar em termos de tempos de espera e sobrelotação de internamentos e do serviço de urgência.

A existência de uma consulta de Geriatria bem estabelecida e multidisciplinar, para a qual as unidades de saúde primárias enviem os doentes que se justifiquem, deveria ser uma realidade disseminada no nosso sistema nacional de saúde.

Os resultados acerca do seguimento após a primeira consulta vêm apoiar o supracitado – 87% dos estudadoa mantiveram seguimento.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta várias limitações, que impediram algumas conclusões que se esperavam tirar.

Em primeiro lugar, a amostra é relativamente pequena e é constituída por mais mulheres do que homens, o que em alguns casos não permitiu tirar algumas conclusões de forma equilibrada.

Em segundo lugar, e sendo, talvez, a maior limitação deste trabalho, o elevado número de processos consultados com preenchimento deficiente de dados, nomeadamente correspondentes à bateria de testes preconizada para a 1ª consulta.

O próprio formato dos processos revelou ser uma limitação: a ausência de uniformidade da forma de apresentar os processos – uns manuais, outros em digital – fez com que alguma informação se perdesse, alguma informação não fosse legível.

PERSPECTIVAS PARA O FUTURO

Citando o Prof. Dr. Manuel Veríssimo, “Face a um envelhecimento populacional crescente e aos desafios a ele inerentes, torna-se por demais evidente essa necessidade que há muito defendemos – nomeadamente a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) – de todos os profissionais de saúde que lidem com idosos – particularmente os médicos e destes, os internistas e os médicos de família – de terem conhecimentos em Geriatria”.²

Atualmente, Portugal tem como referência para a implementação da Geriatria o modelo espanhol, em que as unidades de Geriatria funcionam de forma autónoma, inseridas nos serviços de Medicina Interna², apesar de ainda existirem severas lacunas no que toca à formação/subespecialização na área de Geriatria.

Assim, antes de estruturar a consulta em si, há que racionalizar a necessidade de formação em Geriatria de todos os profissionais de saúde que lidem com idosos, de formar especialistas reconhecidos na área e que criar condições de inclusão da consulta nos hospitais. Esta realidade já existe em inúmeros países europeus, estando Portugal atrasado neste desenvolvimento, apesar de ser dos países mais envelhecidos do continente.

Estudos que analisam o estado da gerontologia e da investigação em geriatria comprovam que Portugal tem todo o interesse em ter um consenso nacional e investimento na investigação e em projetos focados na 3ª idade e na gestão destes doentes.¹⁴

Apesar de haver uma crescente consciencialização para a importância dos cuidados de saúde primários e para a prevenção, não se pode negligenciar as faixas etárias geriátricas e onde a prevenção já não poderá atuar na sua plenitude.

São necessárias políticas de saúde e investimentos públicos para que a investigação em Geriatria possa avançar, colocar Portugal num lugar que coadune a sua elevada esperança média de vida com os cuidados dos seus idosos e, para

que a investigação deixe de sofrer tantos constrangimentos financeiros e veja muitas vezes as suas potencialidades vetadas. Há registo de programas de investigação desenvolvidos de forma individual que acabaram por se tornar parte de redes internacionais e que demonstraram utilidade no estudo da população geriátrica – SENECA Study Nutrition and the Elderly in Europe, 1993; MEDOS, Mediterranean Osteoporosis Study, 1999, por exemplo.

Em Portugal, houve já diversos projetos que juntaram a Geriatria e a tecnologia, desenvolvendo programas que visaram a integração social dos idosos, promovendo atividades lúdicas e terapêuticas à distância, permitindo aos idosos manter-se como parte integrante da sociedade moderna.¹⁴ Torna-se evidente a seguinte reflexão: se há interesse no estudo desta área e destas faixas etárias, se há preocupação na sua manutenção na sociedade moderna, porque é que não há um acompanhamento de políticas de saúde, investimento e investigação apoiada pelo Estado?

Sendo o envelhecimento uma dimensão multifatorial, a investigação multidisciplinar baseada em estudos longitudinais sobre o tema deveria ser encorajada, para que houvesse uma melhor caracterização da população idosa portuguesa e, assim, uma consulta feita à sua medida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://www.om.acm.gov.pt/-/1--8>;
2. <http://www.jornalmedico.pt/outros/30696-a-implementacao-da-geriatria-em-portugal-e-uma-questao-de-visao-e-de-organizacao.html>;
3. Pego MA, Nunes C (2018), *Aging, Disability, and Informal Caregivers: A Cross-sectional Study in Portugal*, *Front. Med.* 4:2555;
4. <https://www.parlamento.pt/Paginas/2019/marco/cuidador-informal.aspx>;
5. Vilaça da Costa, José Pedro (2014), *CONSEQUÊNCIAS DA POLIMEDICAÇÃO EM DOENTES IDOSOS DE AMBULATÓRIO*, Tese de Mestrado em Medicina, Universidade de Coimbra;
6. Johansen JS, Havnes K, Halvorsen KH, Haustreis S, Skaue LW, Kamycheva E, Mathiesen L, Viktil KK, Granås AG, Garcia BH (2017), *Interdisciplinary collaboration across secondary and primary care to improve medication safety in the elderly (IMMENSE study): study protocol for a randomised controlled trial*, *BMJ Open* 2018;
7. Len Gray, Geriatric consultation: is there a future?, *Age and Ageing*, Volume 36, Issue 1, January 2007, Pages 1–2;
8. Pacheco da Cunha (2010), Ana Isabel, *Vacina antipneumocócica em idosos, Trabalho final Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho*;
9. Jean-Pierre Michel, Christian Chidiac, Beatrix Grubeck-Loebenstern, Robert W. Johnson, Paul Henri Lambert, Stefania Maggi, Robert Moulias, Karl Nicholson, and Hans Werner, *Advocating Vaccination of adults aged 60years and olderin*

western europe: Statement by the Joint Vaccine Working Group of the European Union Geriatric;

10. Dorresteyn TA, Rixt Zijlstra GA, Van Eijs YJ, Vlaeyen JW, Kempen GI (2012), *Older people's preferences regarding programme formats for managing concerns about falls*, Age Ageing 2012;
11. Giné-Garriga M, Coll-Planas L, Guerra M, Domingo À, Roqué M, Caserotti P, Denkinger M, Rothenbacher D, Tully MA, Kee F, McIntosh E, Martín-Borràs C, Oviedo GR, Jerez-Roig J, Santiago M, Sansano O, Varela G, Skjødt M, Wirth K, Dallmeier D, Klenk J, Wilson JJ, Blackburn NE, Deidda M, Lefebvre G, González D, Salvà A. (2017), *The SITLESS project: exercise referral schemes enhanced by self-management strategies to battle sedentary behaviour in older adults: study protocol for a randomised controlled trial*, ClinicalTrials.gov;
12. Mendonça Ferraz 2014), *Depressão e envelhecimento*, Tese de Mestrado em Medicina – Universidade de Coimbra;
13. Mitchell AJ. (2005), *Depression as a risk factor for later dementia: a robust relationship?*, Age Ageing 2005;
14. Anderson D, Holmes J. (2005), *Liaison psychiatry for older people--an overlooked opportunity*, Age Ageing 2005.

