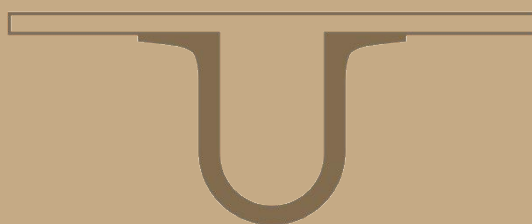




UNIVERSIDADE D
COIMBRA



Sira Maria Cabrera Iglesias

**ABORDAGEM INTEGRAL DO IDOSO NUM
SERVIÇO DE GERIATRIA**

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado de Geriatria
orientada pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Julho de 2019



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Sira Maria Cabrera Iglesias

Abordagem Integral do Idoso num Serviço de Geriatria

Relatório de Estágio de Mestrado de Geriatria, apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Orientador: Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

Coimbra, 2019

À família e amigos.
São o pilar que me suporta e que prezo a sorte de ter.

«Nenhuma oportunidade ou obrigação maior pode sair a um ser humano que a de ser médico. Tratar os que sofrem exige perícia, técnica, conhecimento científico e compreensão humana. Quem realiza a sua tarefa com valor, humildade e sabedoria, presta um serviço insubstituível e assim elevará um edifício perdurável no mais íntimo do seu ser. O médico deve exigir ao seu destino que lhe seja justamente atribuída tal tarefa e não deve contentar-se com menos.»

Tinsley R. Harrison

RESUMO

O envelhecimento da população é uma das conquistas mais importantes no último século. Dezoito dos vinte países do mundo com maior percentagem de idosos integram a União Europeia, onde aproximadamente 16,5% da população tem mais de 65 anos de idade. A Geriatria surge como resposta do campo da Medicina para o atendimento das necessidades sanitárias e assistenciais a pessoas idosas. Atualmente, o fim principal da Geriatria está encaminhado para a necessidade de realizar intervenções precoces dirigidas ao “idoso frágil”, ou seja, aquele que se caracteriza por apresentar diminuição da capacidade de resposta perante situações stressantes, sendo também um propósito essencial a abordagem das síndromes geriátricas. Assim, com o objetivo de finalizar o Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e de obter a Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos, foi realizado um estágio com a duração de 400 horas, durante os anos de 2018 e 2019, em três unidades diferentes. Esta escolha foi motivada pelo facto de poder obter uma visão mais abrangente e prática da competência. Uma vez que no país não existem Hospitais Geriátricos nem a Geriatria é reconhecida como especialidade, num primeiro momento o estágio desenvolveu-se em Espanha, completando as horas de formação com orientadores em Portugal que já detêm a Competência em Geriatria e que têm desenvolvido projetos vinculados à competência, inseridos noutros serviços, em Hospitais do país. Foi observado, durante o período do estágio, uma prevalência tanto nos internamentos como nas consultas de idosos do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 75 e os 94 anos. As patologias respiratórias e cardiovasculares são os principais motivos de internamento de doentes num serviço geriátrico, surgindo a polifarmácia como um diagnóstico secundário observado na grande maioria dos utentes. O delirium e os distúrbios eletrolíticos são intercorrências frequentes nas enfermarias. Tanto nos doentes internados como nos observados nas consultas externas foi essencial a realização da Avaliação Geriátrica Global para conseguir dar uma atenção mais abrangente ao utente, verificando-se também a utilidade da aplicação das diversas escalas e a necessidade de uma equipa multidimensional na atenção a todos os doentes idosos, para assim lograr o êxito e uma maior qualidade no cuidado dos pacientes.

Palavras-chaves: Idoso, Geriatria, Avaliação Geriátrica Global, Síndromes Geriátricas.

ABSTRACT

Population aging is one of the most important achievements of the last century. Eighteen out of the twenty countries with the highest percentage of elderly people are located in the European Union, where approximately 16.5 % of the population is over 65 years of age. Geriatrics was developed in response to the medical needs of meeting the health requirements of the elderly. Currently, the main objective of Geriatrics is not only focused on allowing for early interventions aimed at the “frail elderly”; that is, those older people who show a decrease in their response capacity under stressing scenarios, but also addressing the most significant geriatric syndromes. So as to complete the Master’s degree in Geriatrics at the Medicine Faculty of Universidade de Coimbra and earn the Geriatrics competence awarded by the Ordem dos Médicos, a 400-hour internship was done at three different units during 2018 and 2019. This decision was taken with the objective to have a more comprehensive and practical vision of this competence. Since there are no geriatric hospitals in the country and Geriatrics is not seen as a specialty, internship was firstly done in Spain and the training hours were then completed in Portugal with counselors who have already obtained the Geriatrics competence and developed projects related to the specialty from other hospital services in the country. During the internship, a prevalence of 75 – 94-year-old female patients was observed, not only in the outpatient departments but also in hospitalizations. Respiratory and cardiovascular diseases were the main complaints in older patients admitted to a geriatric service; polypharmacy is a secondary diagnosis observed in most of the patients as well as delirium and electrolytic disorders are frequent complications in hospital wards. Comprehensive Geriatric Assessment was vital for hospitalized patients and those attending outpatient consultations to provide a more complete assistance to patients. The use of scaling and the need of a multidisciplinary team to treat elderly patients were also demonstrated to achieve better results and higher quality in patient’s care.

Key words: elderly, Geriatrics, Comprehensive Geriatric Assessment, geriatric syndromes

LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ABVD	Atividades básicas da vida diária
AGG	Avaliação Geriátrica Global
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
AVC	Acidente vascular cerebral
AVD	Atividades da vida diária
CHC	Complexo Hospitalar de Cáceres
CIRS-G	Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric
DG	Doente geriátrico
DGCI	Doente geriátrico complexo instável
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crónica
FGE	Filtração glomerular estimada
GDS	Global deterioration scale
HDG	Hospital de Dia Geriátrico
HPN	Hidrocefalia de pressão normal
HSFX	Hospital São Francisco Xavier
HTA	Hipertensão arterial
HVFX	Hospital Vila Franca de Xira
IMC	Índice de Massa Corporal
MAPA	Monitorização ambulatória da pressão arterial
MIR	Médico interno residente
MMSE	Mini mental state examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment Short Form
PEG	Percutaneous endoscopic gastrostomy
SCASSST	Síndrome coronária aguda sem elevação do ST-T
SPMI	Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
TFG	Taxa de filtração glomerular
TUG	Teste Timed Up and Go
V-VST	Volume-Viscosity Swallow Test

ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. Estágio no Serviço de Geriatria do Hospital Nossa Senhora da Montanha.....	3
2.1. Caracterização do centro de formação.....	3
2.2. Atividade Clínica.....	5
2.3. Atividade Científica.....	19
3. Estágio no Serviço de Orto geriatria do Hospital São Francisco Xavier.....	20
3.1. Caracterização do centro de formação.....	20
3.2. Atividade clínica.....	23
3.3. Atividade científica.....	29
4. Estágio no Projeto Percurso do Idoso do Hospital Vila Franca de Xira.....	30
4.1. Caracterização do centro de formação.....	30
4.2. Atividade Clínica.....	31
4.3. Atividade Científica.....	40
5. Comentário Final.....	41
6. Referencias Bibliográficas.....	43
7. Anexos.....	44
7.1. Anexo I: Avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária. Índice de Barthel.....	44
7.2. Anexo II: Avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária. Escala de Katz.....	47
7.3. Anexo III: Avaliação do grau de independência nas atividades instrumentadas da vida diária. Escala de Lawton & Brody.....	49
7.4. Anexo IV: Avaliação do grau de autonomia na marcha: Classificação Funcional da Marcha de Holden.....	52
7.5. Anexo V: Avaliação da esfera psicológica. Escala de deterioração global de Riesberg.....	54
7.6. Anexo VI: Avaliação da esfera psicológica. Mine exame do estado mental de Folstein®.....	58

7.7.	Anexo VII: Avaliação da esfera psicológica. Teste do relógio.....	61
7.8.	Anexo VIII: Avaliação da esfera afetiva. Escala de depressão geriátrica de Yesavage.....	63
7.9.	Anexo IX: Avaliação do estado nutricional. Mini Nutritional Assessment Short Form.....	65
7.10.	Anexo X: Avaliação de Disfagia. Volume-viscosity swallow test.....	67
7.11.	Anexo XI: Avaliação do risco de quedas. Timed Up and Go Test.....	69
7.12.	Anexo XII: Avaliação do Delirium.....	71

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma das conquistas mais importantes no último século. Dezoito dos vinte países do mundo com maiores percentagens de idosos estão no âmbito de União Europeia, onde aproximadamente 16.5% da população tem mais de 65 anos de idade. Na Espanha, esta percentagem é de 16.66%, o que supõe que 7 500 000 espanhóis ultrapassam essa idade, destes 2 000 000 tem mais de 80 anos de idade. Em Portugal o índice de envelhecimento em 2011 era de 128, aumentando em 2017 para 155.4, sendo as regiões do Centro e do Alentejo as mais envelhecidas. Segundo os dados estatísticos em 2016 existiam no país 2 158 732 indivíduos com mais de 65 anos de idade e a esperança de vida à nascença situava-se em 80.6 anos de idade. Nos próximos 20 anos esta percentagem de pessoas idosas continuará em crescendo, incluindo os muito idosos (mais de 80 anos) que em relação com os maiores de 65 anos irão a passar dos 27% atuais a mais de 30%. Nos países desenvolvidos, de um modo geral o número de idosos já ultrapassou o número de jovens com menos de 15 anos, e em 2050 será nestes países quase o dobro do número de menores de 15 anos. Globalmente o número de pessoas com 60 ou mais anos de idade deverá mais que triplicar até 2100, passando dos 841 milhões em 2013 para mais de 2 mil milhões em 2050 e 3 mil milhões em 2100. ⁽¹⁾

A Geriatria surge como resposta da Medicina para o atendimento das necessidades sanitárias e assistenciais das pessoas idosas. Múltiplos estudos dão crédito ao valor e eficiência da intervenção geriátrica tanto dentro do âmbito hospitalar como a nível dos cuidados primários. Tradicionalmente o universo de ação da Geriatria tem sido enquadrado no conceito de “paciente geriátrico”, definido como aquele utente com idade geralmente superior aos 75 anos, com múltiplas comorbilidades, com alto risco de dependência, com doença mental associada ou predominante e com uma problemática social a condicionar o seu estado de saúde.

Mesmo sendo estes utentes o núcleo central da especialidade, atualmente o objetivo principal da Geriatria está encaminhado à necessidade de realizar intervenções precoces dirigidas ao “idoso frágil”, ou seja, a aquele que por apresentar diminuição da capacidade de responder perante situações estressantes tais como doenças ou lesões, apresenta maior risco de desequilíbrio nos sistemas fisiológicos o que poderá vir a ter consequências negativas para a sua saúde, incapacidade ou até morrer.

Também corresponde à Geriatria como especialidade a abordagem das síndromes geriátricas, ou seja, daquelas situações complexas muito prevalentes em idosos e que possuem como características em comum o facto de ter uma apresentação clínica inespecífica da doença, uma escassa relação anatómica com a patologia que as provoca e ser uma frequente causa de incapacidade.

O doente geriátrico precisa de uma intervenção alternativa além do “atendimento clássico”. A elevada prevalência de doenças em idosos, as diversas formas de apresentação destas, a tendência a incapacidade do doente, a difícil resposta ao tratamento e a complexidade da inter-relação dos problemas médicos com a situação física, psicológica e sócio - económica do idoso, exigem uma especial preparação médica.

ESTÁGIO NO SERVIÇO DE GERIATRIA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA MONTANHA

Caracterização do Centro de Formação

O serviço de Geriatria da Espanha onde desenvolvi o estágio encontra-se inserido no Hospital Nossa Senhora da Montanha do Complexo Hospitalar de Cáceres. Este Complexo tem dois hospitais: São Pedro de Alcântara e Nossa Senhora da Montanha para um total de 520 camas (404 e 116 respetivamente) e serve de referência para os diferentes hospitais da província, sendo o segundo centro hospitalar mais complexo da Comunidade de Extremadura. Este complexo hospitalar presta cuidados a uma população de quase 200.000 habitantes, a qual apresenta um evidente envelhecimento demográfico (20% da população com mais de 65 anos e 6% maior de 80 anos) e com uma grande dispersão geográfica.

O serviço de Geriatria do Complexo Hospitalar de Cáceres (CHC) surge em maio de 1991 com a missão de prestar atenção aos aspetos preventivos, clínicos, terapêuticos e sociais das doenças dos idosos; e com o objetivo prioritário da recuperação funcional do idoso doente e incapacitado até o máximo nível possível de autonomia e independência para a sua reintegração a uma vida autossuficiente no domicílio e no seu contexto habitual.

Níveis assistenciais:

O Serviço de Geriatria do CHC consta de diferentes níveis assistenciais interrelacionados para o atendimento das diversas situações de doença dos idosos:

- Unidade de hospitalização: com 30 acamas disponíveis para a hospitalização de doentes geriátricos com patologia médica aguda e para a recuperação funcional de doentes com sequelas de processos agudos já ultrapassados.
- Hospital de Dia: com uma dotação de 18 vagas na área da reabilitação e 2 consultas externas para a avaliação geriátrica de doentes complexos ou com deterioração funcional e para abordagens específicas como as quedas ou insuficiência cardíaca.
- Consulta Externa: uma consulta geral para a avaliação e seguimento clínico de doentes geriátricos, em especial aqueles com grandes síndromas geriátricas e alternando com uma consulta específica para Deterioração Cognitiva.

PRESTAÇÃO ASSISTENCIAL
1. ASSISTENCIA INTRAHOSPITALAR A O DOENTE GERIATRICO (30 CAMAS)
1.1 Assistência intrahospitalar ao doente geriátrico (DG) com patologia aguda
1.2 Assistência intrahospitalar ao DG para recuperação funcional.
1.3 Interconsulta intrahospitalar
2. CONSULTA DE GERIATRÍA
2.1 Avaliação Geriátrica Global (AGG) a DG
2.2 AGG a DG com deterioração cognitiva
3. HOSPITAL DE DIA GERIÁTRICO (18 VAGAS + 2 consultas)
3.1 AGG a DG complexo instável ou com deterioração funcional
3.2 AGG a DG com quedas, insuficiência cardíaca
3.3 Seguimento periódico a DG para: <ul style="list-style-type: none"> 3.3.1. Doente geriátrico complexo instável (DGCI) 3.3.2. Recuperação funcional. Programa do Parkinson.
4. DOCENCIA E INVESTIGAÇÃO
4.1 A profissionais vinculados com a assistência de pessoas idosas: pre-graduado, posgraduado e a Médicos internos residentes (MIR)
4.2 Segundo nível assistencial

Recursos humanos

O serviço funciona como uma equipa multidisciplinar e tem na atualidade a seguinte composição:

Facultativo especialista geriatria	6 (1 Chefe de Serviço y 5 assistentes)
MIR Geriatria	8 (2 vagas MIR / ano)
Enfermeiras	15
Auxiliar de Enfermagem	18
Fisioterapeuta	1
Terapeuta Ocupacional	1
Assistente Social	2
Administrativo	1

A nível de gestão assistencial o serviço apresenta a seguinte distribuição:

Área de Hospitalização (24 camas + 6 extras)	Hospital de Dia (18 vagas + 2 consulta)	Consulta Externa (1 consulta/dia)
3 médicos assistentes	2 médicos assistentes	1 médico assistente

Corpo clínico do serviço de Geriatria:

- Dr. José Luis González Guerrero. Chefe de Serviço e tutor de MIR
- Dr^a Lucía García Martín. Tutora de MIR
- Dr. Enrique Jaramillo Gómez
- Dr. Manuel Antón Jiménez
- Dr^a. Teresa Alonso Fernández
- Dr^a. Julia Mohedano Molano

Atividade clínica:

A atividade clínica foi realizada num regime de 60 horas semanais em horário contínuo de 12 horas diárias, até completar 180 horas. Foram atribuídas 80 horas para a o Internamento na Enfermaria, 60 horas no Hospital de Dia e 40 horas destinadas as Consultas Externas de deterioração cognitiva presencial e de telemedicina, consulta do utente complexo instável e na consulta de recuperação funcional e de avaliação geriátrica integral.

a) Internamento

Diariamente, no início da manhã, a equipa do serviço de geriatria, reunia-se para discutir o plano de atuação de cada doente da enfermaria, fazendo um “ponto da situação”. Os doentes eram distribuídos pelos 3 assistentes encarregados da hospitalização e por sua vez ficávamos 2 médicos residentes da especialidade e a estagiária, responsáveis pelos doentes, repartidos equitativamente entre 3. Os dois residentes e a estagiária devíamos conhecer todos os doentes da enfermaria de forma a estar familiarizados com o máximo de patologias possíveis.

Bissemanalmente decorre a visita ao Serviço, com a presença de todo o corpo clínico, enfermeira chefe, fisioterapeutas, psicólogo e farmacêutico, onde a estagiária teve

oportunidade de expor a história clínica e evolução dos doentes que acompanhou na enfermaria. Isto é uma mais-valia do Serviço, pois se discutem os doentes e se tomam decisões de seguimento nos casos mais difíceis.

Durante as horas decorridas no internamento, a estagiária teve a oportunidade de acompanhar várias patologias comuns nos idosos e sobre tudo lidou com a abordagem das chamadas síndrome geriátricas. Na admissão dos doentes foi feita à totalidade dos doentes internados, no primeiro dia, uma avaliação geriátrica global incluída na história clínica do doente onde ficavam registados os seguintes itens:

- Motivo de admissão
- Antecedentes Pessoais: incluía registos de reação alérgica medicamentosa, vacinação, internamentos prévios, história de seguimento em outras especialidades médicas, data e motivo do último internamento e morbilidades.
- AGG:
 - ✓ Funcional: aplicação do Índices de Barthel (Anexo I) para atividades básicas da vida diária (ABVD) e Escala de Lawton e Brody (Anexo III) para atividades instrumentadas da vida diária (AIVD). Marcha e uso de meios auxiliares para a marcha.
 - ✓ Mental: Escala de deterioro cognitivo global (GDS) de Riesberg e Minimental test de Folstein® (MMSE) (Anexos V e VI). Se evidencia de depressão aplicava-se a Escala de depressão geriátrica Yesavage ⁽²⁾ (Anexo VIII)
 - ✓ Nutricional: registo de uso de prótese dentária ou não, avaliação através do MNA® (Anexo IX) e registo do diário alimentar do utente em um dia típico. Realização do Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) (Anexo X).
 - ✓ Sensorial: avaliação da visão e audição, registo de uso de óculos e prótese auditiva.
 - ✓ Social: era registado o local onde mora habitualmente o doente (domicílio ou instituição), as pessoas com quem convive, as relações com os filhos e tipo de apoio social (lei de dependência e grau de invalidez atribuído), habilitações e rendimentos.
- Tratamento atual do doente com dosagem e horários da medicação

- História da doença atual
- Exame objetivo
- Estudos complementares feitos na admissão
- Hipóteses diagnósticas
- Terapêutica recomendada
- Plano: onde se indicam a avaliação analítica ou outros exames que serão feitos, se encaminhamento para avaliação pela fisioterapia, nutricionista e outros se necessário.

A cada dia era feito o diário clínico com registo das intercorrências e planos de seguimento consoante a evolução dos doentes. Utilizava-se para os registos o programa informático JARA para o qual fui treinada no início do estágio. Se planificava com antecedência a provável alta hospitalar em articulação com assistente social se necessário e com a família e à alta do doente era emitida uma nota de alta com o resumo do internamento e orientações concretas para o domicílio ou instituição, com esclarecimento da terapêutica atual e plano nutricional adequado a cada utente. Todos os utentes eram encaminhados para continuar seguimento pela especialidade em Hospital de Dia sobre tudo aqueles que era preciso continuar a recuperação funcional e para consultas de utente complexo instável ou outra consoante cada utente. Todos os doentes internados podiam ser acompanhados durante as 24hr do dia pelos familiares ou cuidadores o que beneficia tanto ao doente como ao pessoal sanitário que vê facilitada a obtenção de dados.

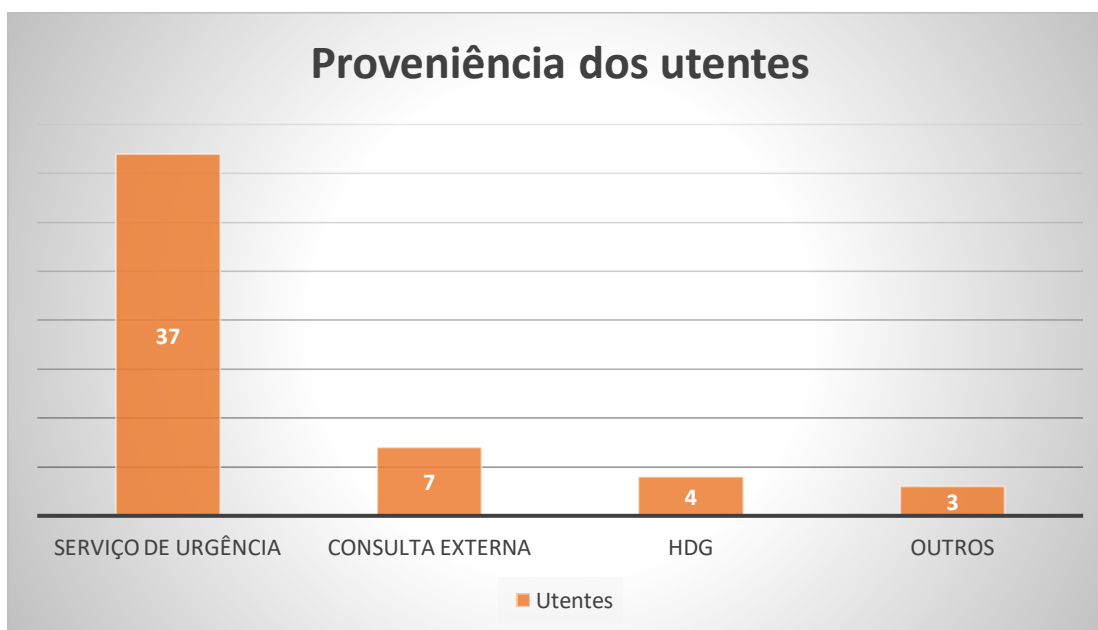
Durante o período do estágio houve um índice ocupacional de 100%, a demora média dos doentes internados foi de 8,09 dias. Os óbitos durante o período do estágio foram 4 para uma taxa de Mortalidade de 7.8%. (Tabela N.º 1). A maioria dos doentes vem do Serviço de Urgência (84,6 %), sendo que outros são internados a partir das consultas externas (10,3 %) e do Hospital de Dia (7.84 %). Uma pequena parte veio transferida de outros serviços do hospital que solicitavam apoio da especialidade. (Gráfico N.º 1)

Tabela N.º 1: Estatísticas do Serviço de Internamento de Geriatria. CHC novembro 2018.

	2017	Novembro 2018
Camas funcionantes	29,92	28
Índice de ocupação	84,3	100,0
Demora media	8,28	8,09
Internamentos	1111	51
Índice de Mortalidade	17,35	7,8

Fonte: base de dados do serviço.

Gráfico N.º 1: Proveniência dos utentes internados no Serviço de Geriatria CHC.



Fonte: a própria

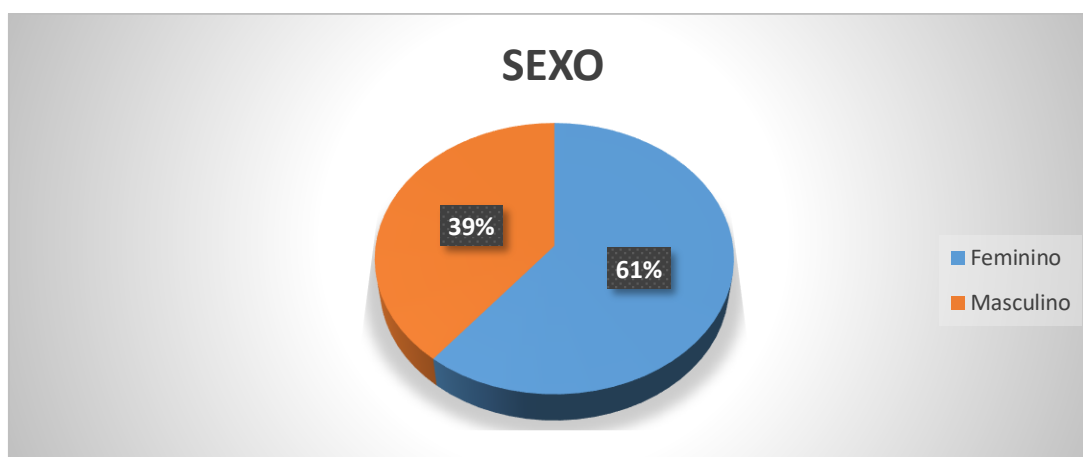
Segundo os dados obtidos, o número de doentes internados durante o período de estágio foi de 51. Os internamentos corresponderam maioritariamente ao sexo feminino (61%) (Gráfico 2) e aproximadamente 2/3 dos doentes internados tinham idades compreendidas entre os 75 e 85 anos, predominando aqueles com idades entre os 75 e 79 anos com um 59.9% do total das admissões no período assinalado. (Tabela N.º 2)

Tabela N.º 2: Distribuição dos utentes internados no Serviço de Geriatria do CHC segundo sexo e grupo de idades.

Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
75 – 79	11	21.5	15	29.41	26	59.98
80 – 84	4	7.84	6	11.76	10	19.60
85 – 89	2	3.92	4	7.84	6	11.76
90 – 94	1	1.96	3	5.88	4	7.84
95 – 99	2	3.92	2	3.92	4	7.84
+100	-	-	1	1.96	1	1.96
TOTAL	20	39.21	31	60.70	51	100.00

Fonte: a própria.

Gráfico N.º 2: Distribuição dos doentes internados no Serviço de Geriatria do CHC segundo o sexo.



Fonte: a própria.

Na casuística do internamento como diagnóstico principal dos doentes ocupou o primeiro lugar aqueles com Insuficiência Cardíaca (23.5%) seguido dos internamentos por Pneumonia Bacteriana e Ictus em 19.6% e 13.7% respetivamente. Admitiu-se no período que durou o estágio um internamento por Intoxicação exógena por Benzodiazepinas numa doente com ideações suicidas, na qual apurou-se através da entrevista uma história de maus tratos arrastada por parte do parceiro tendo sido acompanhada a doente pela

psicóloga que apoia o serviço durante o internamento e posteriormente foi encaminhada para o acompanhamento por parte da especialidade de Psiquiatria além do habitual acompanhamento em consulta externa de Geriatria.

Segue a discriminação e o número de patologias dos doentes internados no referido período de estágio.

Tabela N.º 3: Casuística do internamento no Serviço de Geriatria do CHC. Diagnóstico principal.

Código	Diagnóstico Principal	No.	% (n=51)
ICD 10			
I50.0	Insuficiência Cardíaca	12	23,53
J15.9	Pneumonia bacteriana NE	10	19,61
I63.9	Ictus	7	13,73
I21.9	SCASSST	4	7,84
N39.0	Infeção do Trato urinário	4	7,84
I48	Fibrilhação auricular	4	7,84
E10-E11	Diabetes Mellitus descompensada	4	7,84
N17.9	Lesão Renal Aguda NE	2	3,92
E87.8	Transtorno do equilíbrio hidroelectrolítico	2	3,92
A09	Enterocolite infecciosa	1	1,96
I26.9	Tromboembolismo pulmonar	1	1,96
T42.4	Intoxicação por benzodiazepina	1	1,96
	Total	51	100,00

Fonte: a própria.

Como diagnósticos secundários dos doentes admitidos em quase $\frac{3}{4}$ dos doentes havia história de Polifarmácia, o qual tem sido associado a impactos adversos significativos nos idosos. ⁽³⁾ Outros dos diagnósticos secundários associados nos doentes no período foram a Anemia ferropénica e o Delirium em 29.4% e 21.5% dos doentes respetivamente. Assinala-se que os doentes que apresentaram Delirium como diagnóstico secundário maioritariamente apresentaram a variante hiperativa (9 dos 11 doentes). Para o diagnóstico do Delirium aplicou-se aos doentes com suspeita a escala 4AT (Anexo XII)

Tabela N.º 4: Casuística do internamento no serviço de Geriatria do CHC. Diagnósticos Secundários.

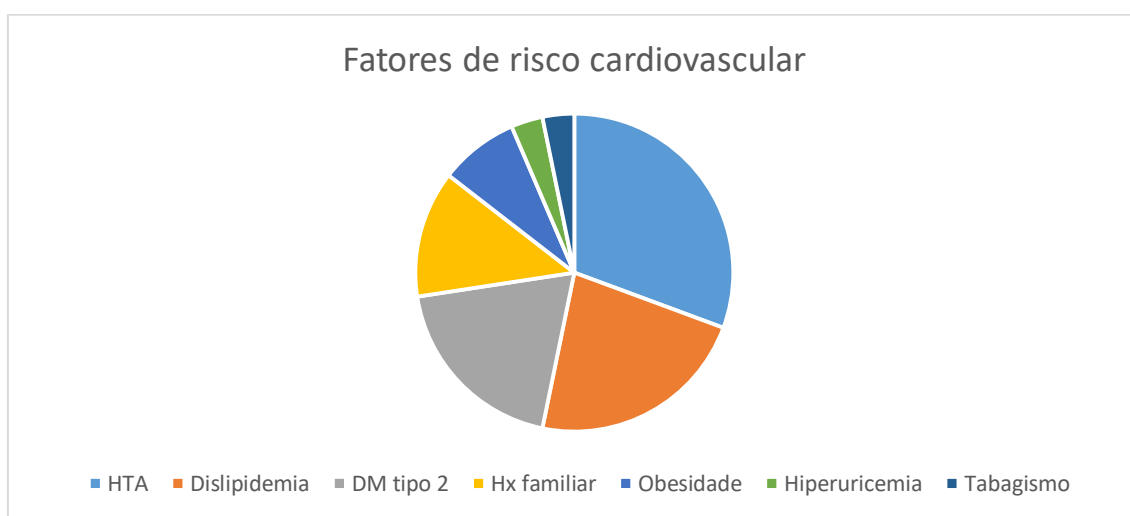
Código ICD 10	Diagnóstico Secundário	No.	% (n=51)
	Polifarmácia	40	78,73
D50.9	Anemia por défice de ferro NE	15	29,41
F05.9	Delirium NE	11	21,57
F03	Demência NE	10	19,61
E56	Défice de Vitamina D	8	15,69
E87.8	Transtorno eletrolítico	6	11,76
N39.0	Infeção do trato urinário	6	11,76
M81.9	Osteoporose	6	11,76
N17.9	Lesão renal aguda	5	9,80
L89	Úlcera por pressão	5	9,80
R06.8	Insuficiência respiratória	4	7,84
	Outros	4	7,84

Fonte: a própria.

Como foi analisado previamente, a patologia mais relevante nos internamentos foi a Insuficiência Cardíaca assim como outras doenças cardiovasculares. Dentro deste grupo analisaram-se os fatores de risco cardiovascular que a seguir se apresentam.

Dos doentes internados por patologias cardiovasculares, a Hipertensão Arterial (HTA) surge como principal fator de risco cardiovascular (73,08%), seguido da Dislipidemia (53,85%) e a Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 (46,15%). (Gráfico N.º 3)

Gráfico N.º 3: Fatores de risco cardiovascular dos doentes internados no serviço de Geriatria do CHC.



Fonte: a própria.

b) Hospital de Dia Geriátrico (HDG)

O Hospital de Dia Geriátrico com um horário de funcionamento das 9 até às 17 horas, tem a capacidade de acolher até 18 utentes diários, provenientes de uma área delimitada por Cáceres capital e num raio até 20 kms. Tem como objetivo principal a reabilitação e manutenção funcional dos doentes o qual é atingido ao proporcionar tratamento hospitalar a utentes que moram nas suas casas e assim poder oferecer alguns serviços hospitalares sem necessidade de permanecer à noite nem aos fins-de-semana, atuando assim como uma ponte entre a comunidade e o hospital. O tipo de utentes que são admitidos são aqueles com alguma doença aguda não infecciosa, com doença neurológica incapacitante ou outra que precisam de serviços técnicos e supervisão médica e de enfermagem e que são derivados após internamento hospitalar para a unidade. São excluídos utentes acamados e que precisam de supervisão contínua de enfermagem assim

como aqueles que carecem de suporte social suficiente para viver na comunidade. A equipa do HDG está integrada por: uma médica especialista em geriatria, uma enfermeira/o, um fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, dois auxiliares de saúde e uma assistente de cozinha e limpeza.

Na admissão é feita uma avaliação do utente que inclui uma avaliação clínica e funcional através das escalas geriátricas anteriormente mencionadas. A equipa procede a avaliar os aspetos onde se vai fazer uma intervenção pois nem todos os idosos são suscetíveis de um processo de reabilitação, por isso deve ter-se em conta também o pronóstico e motivação do doente. À alta do utente este deve ter atingido o seu nível de capacidade funcional e deve— o ser mantido durante o tempo suficiente como para não precisar de um tratamento fisioterapêutico específico e continuado.

Durante as horas no HDG, a estagiária teve a oportunidade de participar no acompanhamento de 12 doentes cujas patologias para admissão no HDG eram do foro neurológico e ortopédico fundamentalmente, sendo 8 deles do sexo feminino. (Tabela N.º 5 e N.º 6)

Tabela N.º 5: Distribuição de utentes de HDG segundo sexo e grupo de idades.

Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
75 – 79	3	25.00	4	33.33	7	58.33
80 – 84	1	8.33	2	16.67	3	25.00
85 – 89	-	-	1	8.33	1	8.33
90 – 94	-	-	1	8.33	1	8.33
95 – 99	-	-	-	-	-	-
+100	-	-	-	-	-	-
TOTAL	4	33.33	8	66.67	12	100.00

Fonte: a própria.

Tabela N.º 6: Diagnóstico principal na admissão de utentes no HDG

Patologia	No.	% (n=12)
AVC Isquémico	4	33.33
AVC Hemorrágico	-	-
Fratura da Anca	3	25.00
Doença de Parkinson	3	25.00
Outros	2	16.67

Fonte: a própria

As admissões por Fratura da Anca corresponderam a mulheres todas com diagnóstico prévio de osteoporose sem tratamento no momento da fratura e as quais iniciaram após o internamento terapia com bifosfonatos e suplemento de vitamina D. A estagiária assistiu às consultas colhendo a história dos doentes de primeiras consultas e elaborando hipóteses de diagnóstico de síndromes geriátricas. Participou em algumas sessões de fisioterapia destinadas a recuperação da marcha de doentes com hemiparesia e/ou hemiplegias sequelas de AVC e de treino de marcha a doentes com Fratura da Anca e com Doença de Parkinson; ainda esteve presente na realização dos Testes de Disfagia segundo o V-VST (Anexo X), que eram feitos aos doentes com história de engasgamento e que permitia estabelecer qual seria a textura e consistência dos alimentos e líquidos que deveriam ingerir para recuperar um adequado estado nutricional. Observei as diferentes terapias para recuperação da destreza manual e da fala em utentes com afasia e disartria. Também pude conhecer quais as gestões feitas pelas assistentes sociais com vista a proporcionar um adequado suporte a cada utente consoante a sua situação.

Durante o tempo no HDG acompanhei ainda dois doentes com Síndrome pós-queda definida como o resultado final da combinação da instabilidade postural não tratada com a queda propriamente dita, a qual resulta em danos à saúde física e mental do indivíduo idoso. O termo ptofobia ou síndrome de regressão psico-motora, foi usado para designar a reação fóbica para se manter em pé e andar, relacionada ao medo de cair: mesmo não havendo nenhuma anormalidade neurológica ou ortopédica, o indivíduo não consegue andar sem se apoiar ⁽⁴⁾. Estes utentes com o decorrer dos dias ganharam a confiança necessária para deambular por iniciativa própria com ajuda de meios auxiliares da marcha.

a) Consulta externa de Deterioração Cognitiva:

A estagiária teve a oportunidade de assistir à Consulta de Deterioração Cognitiva que tem uma frequência de 4 vezes por semana, sendo que uma das vezes é dedicada a Consulta de Telemedicina. A consulta é levada a cabo por um médico especialista em Geriatria e com formação em neuropsiquiatria, com mais de 20 anos de experiência no seguimento de utentes com deterioração cognitiva. É apoiado por uma enfermeira e se necessário por assistente social e fisioterapeuta.

Tive a oportunidade de assistir a uma consulta de Telemedicina de despiste de deterioração cognitiva. Nesta consulta através dos correspondentes programas informáticos o médico de família solícita avaliação dos utentes em que considere suspeita de deterioração cognitiva. São prioridades aqueles utentes das áreas mais afastadas de Cáceres e que não conseguem deslocar-se até ao Hospital para assim poder ter acesso a uma avaliação geriátrica inicial e posteriormente são encaminhados à consulta presencial. Nesta consulta são avaliados 4 utentes, deve estar presente o médico de família, o familiar encarregado do utente e o próprio utente; da outra parte assiste à consulta o médico responsável da consulta de deterioração cognitiva e o informático para prestar assistência com a comunicação se necessário. O médico de família que solicitou a avaliação faz uma apresentação do utente com referência ao histórico de saúde e à história do início da sintomatologia atual, se tiver feito algum meio auxiliar diagnóstico complementar a informação relativa aos resultados dos mesmos. A posteriori o geriatra começa a entrevista ao utente e pergunta para confirmar os dados transmitidos por este aos familiares presentes. A seguir vai aplicar com ajuda, da outra parte, do médico de família um MMES® e um Teste do relógio ⁽⁵⁾ (Anexos VI e VII) ao doente e se houver evidência pela entrevista de depressão, será aplicada a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (Anexo VIII). Finalmente emite o seu critério do caso, orienta ao médico de família a bateria de exames que deve fazer no ambulatório e fica marcada nova consulta, desta vez presencial, para nova avaliação integral do doente o qual deve ir sempre acompanhado do cuidador responsável e de outros elementos da família. Na consulta de Telemedicina onde participei foram avaliados 3 utentes do sexo feminino e 1 um utente masculino, com idades compreendidas entre os 75 e 89 anos de idade.

A consulta de deterioração cognitiva permite avaliar novos casos e dá seguimento aos outros doentes que já são acompanhados pelo especialista. Em cada consulta são avaliados uma média de 6 a 8 utentes. Estes devem ir acompanhados pelos elementos da família e mesmo no caso daqueles institucionalizados sempre algum familiar responsável terá que ir à consulta. São examinados em cada consulta 3 casos novos e o resto são seguimentos. No que respeita aos utentes novos, encaminhados do exterior ou de outras especialidades, procede-se ao registo de toda a história médica do utente através do programa informático JARA, faz-se um exame físico completo na procura de eventuais causas secundárias de deterioração cognitiva com ênfase na exclusão de situações de delirium e procede-se na aplicação das diferentes escalas que permitem avaliar o estado cognitivo do utente. Aplica-se a escala GDS ⁽⁶⁾ (Anexo V) para o estadeamento do doente; solicitarão pedido de exames complementares e no plano faz-se uma revisão terapêutica aplicando-se os critérios STOPP e START ⁽⁷⁾ e inicia-se um tratamento personalizado e de controlo de sintomas, orientam-se as medidas de estimulação psicossensorial e de recuperação funcional e fica o doente com consulta de reavaliação para uma nova avaliação integral. Nas consultas de seguimento avaliam-se de 4 a 5 doentes em presença da família, avalia-se o comportamento das alterações cognitivas e outras intercorrências e tratam-se situações novas, ajustam-se os tratamentos, corrigem-se prováveis déficits nutricionais detetados na avaliação analítica e mantem-se as orientações para a estimulação psicossensorial e funcional dos utentes para evitar complicações futuras. As consultas de seguimento são programadas a cada 6 meses ou antes se necessário, com disponibilidade do especialista para contacto telefónico sempre que o utente precisar.

A esmagadora maioria dos doentes que atendem à consulta de deterioração cognitiva são doentes com Alzheimer e Demência Vascular (Gráfico N.º 4). Nas 4 consultas presenciadas, onde observei 12 utentes (Tabela N.º 7), a estagiária conseguiu familiarizar-se com a clínica e os vários esquemas terapêuticos usados no seguimento de doentes com Demência, observei um doente com Demência Frontotemporal variante frontal provável, ainda em estudo e dois doentes com causas potenciais de reverter por ter Hidrocefalia de pressão normal (HPN) que eram seguidos em conjunto com a especialidade de Neurologia. Dos doentes observados quase a totalidade pertenciam ao sexo feminino, tendo mais da metade dos casos uma idade compreendida entre os 75 e 79 anos de idade. Verificou-se

como principais comorbilidades deste utentes a HTA, Dislipidemia e Diabetes Mellitus (Tabela N.º 8), o que está em correspondência com a literatura revista. ⁽⁶⁾

Tabela N.º 7: Distribuição de utentes observados na consulta de deterioro cognitivo segundo sexo e grupo de idades.

Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
75 – 79	1	8.33	4	33.33	7	58.33
80 – 84	-	-	2	16.67	3	25.00
85 – 89	-	-	1	8.33	1	8.33
90 – 94	-	-	1	8.33	1	8.33
95 – 99	-	-	-	-	-	-
+100	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	8.33	8	66.67	12	100.00

Fonte: a própria

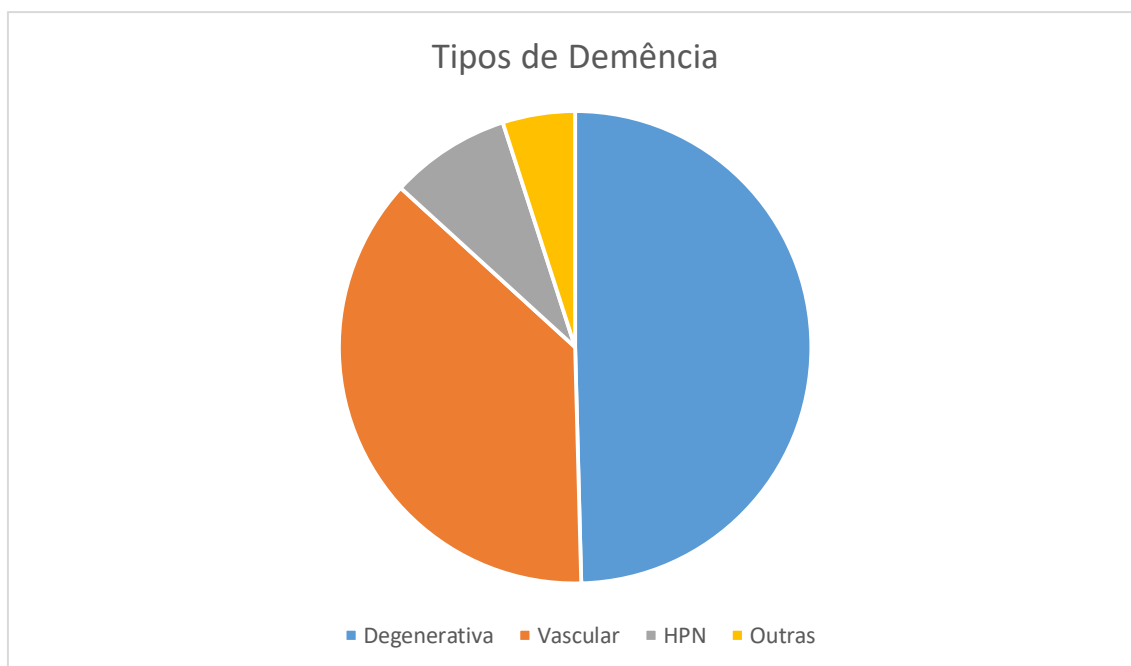
Tabela N.º 8: Comorbilidades dos doentes observados nas consultas de deterioro cognitivo.

Patologia	No.	% (n=24)
HTA	16	66.67
DM tipo 2	8	33.33
Obesidade	3	12.5
Dislipidemia	10	41.67
Anemia	5	20.83
Ictus/AIT	6	25.00
Doença da Tireoide	3	12.50
Depressão	6	25.00
Outros	7	29.17

Fonte: a própria.

Outros: DPOC, Doença psiquiátrica, Traumatismo craniano, Etilismo, Arritmia, Tabagismo.

Gráfico N.º 4: Tipos de Demência observados nas consultas de Deterioro Cognitivo



Fonte: a própria

a) Consulta de doente complexo instável e de avaliação geriátrica integral:

Esta consulta efetua-se com uma frequência bissemanal e são observados doentes referenciados após internamento hospitalar e da urgência por várias vindas ao serviço de urgência pelo mesmo motivo. Também são aceites doentes encaminhados dos cuidados de saúde primários. São avaliados 6 doentes cada dia: duas primeiras consultas com uma duração de 60 min e 4 doentes de consultas sucessivas com duração de 30 minutos cada uma. À semelhança do resto das consultas externas se procede à recolha da história clínica do utente e à realização da avaliação geriátrica global. Auxilia-se do fisioterapeuta e nutricionista sempre que necessário e se aplicam os critérios STOPP START ⁽⁷⁾ para ajuste da terapêutica do doente. Realizam-se os exames pertinentes algumas vezes com necessidade de os realizar de maneira urgente pois alguns destes doentes por descompensação aguda terão que ser referenciados para o internamento imediato até compensar situação basal.

b) Consulta de recuperação funcional:

Esta consulta realiza-se uma vez por semana, são observados doentes encaminhados do serviço de Fisiatria, do Internamento e de Neurologia. São avaliados um máximo de 6

doentes em cada consulta. É feita uma avaliação multidisciplinar com a participação do médico especialista em geriatria, um fisioterapeuta, enfermagem, terapeuta ocupacional e assistente social. Aplicam-se os mesmos princípios que o resto das consultas para a obtenção e recolha da informação médica. Assim decide-se quais os doentes que continuaram a sua recuperação funcional no ambulatório e quais ficaram para ocupar vaga do HDG.

As principais patologias observadas nesta consulta incluem os doentes com Ictus, Doença de Parkinson, Fratura de Anca ou outra patologia ortopédica com limitação funcional e potencial de recuperação e também aqueles doentes com Imobilismo pós internamento hospitalar.

Atividade científica:

Às segundas-feiras de manhã decorre uma sessão de revisão bibliográfica apresentada por algum residente, às terças-feiras à tarde são dadas sessões teóricas por parte dos especialistas responsáveis pela docência; ao meio-dia das quintas-feiras são feitas sessões gerais do hospital com as diferentes especialidades para apresentação de casos ou discussão de temas de interesse para todos os profissionais; e as sextas-feiras de manhã decorre a Sessão Clínica, onde o residente faz a exposição de algum caso clínico. Existem ainda, esporadicamente, reuniões de leitura de notas de alta e uma outra reunião chamada "*Casos de caras*" onde os médicos especialistas levam casos para os residentes opinarem, relacionados com a especialidade, rápidos e relativamente fáceis, muito prováveis de surgir no Serviço de Urgência, que servem como treino. A estagiária teve oportunidade de apresentar no serviço 2 casos clínicos que acompanhava para participar na discussão coletiva dos mesmos.

ESTAGIO NO SERVIÇO DE ORTOGERIATRIA DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER

Caracterização do Centro de Formação

A Unidade de Orto geriatria encontra-se inserida no terceiro andar do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) o qual integra o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., juntamente com os Hospitais de Egas Moniz e de Santa Cruz desde o 29 de dezembro de 2005. O edifício que veio a dar origem ao HSFX foi criado em princípios dos anos 70, por uma entidade privada, com o nome de “Clínica do Restelo”, sendo vendido posteriormente à Companhia União Fabril - CUF sem nunca ter sido inaugurado. A afluência catastrófica às urgências hospitalares de São José e de Santa Maria, as únicas da cidade durante muitos anos, a acumulação de doentes para internamento à espera de vagas em enfermarias e a degradação dos edifícios onde os hospitais se encontravam instalados, forçaram a criação de uma terceira zona de que viria a resultar o Hospital de São Francisco Xavier. Inaugurada a 24 de abril de 1987, esta nova instituição hospitalar foi criada, ao abrigo do Decreto-Lei nº 11/1986, de 5 de novembro, com o objetivo de prestar assistência médico-hospitalar à área ocidental de Lisboa. É considerado um Hospital Geral Central, onde estão sediadas a Urgência Geral de grau 4, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica da Zona Ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes.

A Unidade de Orto geriatria é gerida pela Dra. Sofia Duque e centra-se na abordagem de doentes idosos com fratura da extremidade proximal do fémur. Para isto tem como objetivos primordiais:

- Avaliação geriátrica global no doente agudo internado e em regime de ambulatório.
- Gestão integral do doente idoso, articulando com outros profissionais de saúde proactivamente e precocemente.
- Treino na estabilização pré-operatória de doentes ortopédicos e prevenção ou tratamento precoce de complicações peri operatórias.
- Gestão da multimorbilidade, polimedicação e prevenção de iatrogenia farmacológica e não farmacológica.
- Diagnóstico e tratamento de síndromes geriátricos, com especial ênfase para as quedas.
- Priorização dos problemas de saúde do doente idoso.

- Investigação em Geriatria.

Assim para atingir estes objetivos são observados todos os doentes idosos de 65 anos ou mais com fratura da extremidade proximal do fémur e outros referenciados pela equipa de enfermagem ou pelos Ortopedistas. Se realiza a todos estes utentes uma **Avaliação Geriátrica Global** que inclui:

- História clínica (com enfoque nas doenças orgânicas crónicas e agudas (médicas e cirúrgicas, passivas ou ativas), incluindo altura do diagnóstico, forma de apresentação, repercussões / consequências) e deve ser calculado o índice de comorbilidade CIRS-G. ⁽⁸⁾
- História farmacológica atual e alergias assim como vacinação.
- Circunstâncias da queda.
- Situação social: estado civil, local de residência e co - habitantes, situação arquitetónica do domicílio (valorando existência de barreiras arquitetónicas relevantes), existência de apoio de cuidadores informais ou formais, serviço de apoio domiciliário, frequência de centro de dia. Se Contacta de imediato a Assistente Social sempre que o doente não esteja institucionalizado, dada a possível necessidade de apoio domiciliário e com vistas à reintegração a sua casa rapidamente.
- Avaliação do estado funcional: ABVD: Índice de Barthel; AIVD: Escala de Lawton and Brody; avaliação da capacidade de marcha a traves da Classificação funcional de marcha de Holden. (Anexos I, III e IV)
- Avaliação do estado cognitivo: através de entrevista à família determinar o Estádio da GDS. (Anexo V)
- Avaliação do estado nutricional: através da triagem do MNA-SF (Anexo IX), medidas antropométricas (peso habitual (antes dos 65 anos), peso atual, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), perímetro geminal); realizar inquérito alimentar (diário alimentar habitual) e se contacta de imediato a Nutricionista sempre que o doente apresente no MNA-SF pontuação sugestiva de desnutrição ou risco de desnutrição e/ou IMC < 22 ou >30.
- Pesquisa de fatores de risco de quedas.

- Avaliação do risco de fratura osteoporótica, através do índice FRAX. ⁽⁹⁾

Durante o internamento é feita a estratificação pré-operatória do risco cirúrgico e otimização pré-operatória. Se trabalha na prevenção e tratamento de doenças agudas ou crónicas e complicações peri operatórias. Além disto se faz uma revisão terapêutica do doente e se estabelece uma comunicação com os doentes, famílias e cuidadores para a obtenção de dados necessários, gestão de expectativas e para o planeamento precoce da alta desde o primeiro dia. Ainda se preconiza a avaliação precoce das necessidades sociais e de reabilitação do doente em articulação com a Assistente Social e Fisioterapeutas. Se leva a cabo a promoção da mobilização precoce (1º levante e treino de marcha no dia seguinte à cirurgia, se autorizado pela Ortopedia) e autonomia.

Uma vez prevista a alta se insiste na educação dos doentes e cuidadores, com especial ênfase sobre a medicação recomendada, é indispensável sensibilizar para a importância de suspensão de fármacos potencialmente inapropriados e relacionados com as quedas, nas recomendações nutricionais e de fisioterapia.

Os procedimentos diários incluem: a procura de sintomas e sinais de complicações frequentes em doentes com fratura da extremidade proximal do fémur tais como dor; delirium; obstipação; desnutrição; anemia peri operatória; desequilíbrios hidroelectrolíticos; iatrogenia farmacológica por opióides, antihistaminicos e benzodiazepinas entre outros; infeções; úlceras por pressão e eventos tromboembólicos. Existem protocolos no serviço destinados à abordagem destas situações.

A avaliação diária deve ser registada no Diário Clínico através do programa informático S Clínico e de acordo com o esquema SOAP “adaptado”:

Diário Clínico com referência ao dia de internamento, a se aguarda Cirurgia ou se operado qual é o dia de internamento; dia de antibioterapia e Intercorrências verificando os dados registados pela equipa de enfermagem.

- ✓ S: (queixas do doente)
- ✓ O: (exame objetivo)
- ✓ Exames complementares de diagnóstico:

- ✓ A: (lista de problemas)
- ✓ P: plano

Os Procedimentos à data de alta incluem: realizar nota de alta seguindo o modelo de alta da Unidade de Ortogeriatría; fazer revisão terapêutica rigorosa, pensando na indicação terapêutica de cada fármaco, risco e benefício; e eliminando medicamentos potencialmente inapropriados após consultar critérios de Beers ⁽¹⁰⁾ e STOPP and START ⁽⁷⁾ assim como incluindo medicação para o metabolismo ósseo (cálcio, vitamina D e bifosfonato), a profilaxia trombótica e da dor. Se indicam recomendações nutricionais na nota de alta o que pode incluir suplementação nutricional. Se determina e regista o destino do doente e onde será realizada a reabilitação. Ainda se solicita marcação de Consulta de Geriatria e Consulta de Fisiatria com exames complementares de diagnóstico para observação na consulta de Geriatria e se revê com o doente e a família a nota de alta e as recomendações.

Atividade clínica

A atividade clínica foi realizada num regime de 20 horas semanais em horário contínuo de 10 horas diárias, a fim de completar 75 horas. Foram distribuídas as horas entre o Internamento e a Consulta Externa.

a) Internamento

Durante as horas de estágio no serviço de Ortogeriatría a estagiaria teve a oportunidade de participar no acompanhamento de 18 utentes internados e na avaliação de 20 doentes em consulta externa. Sendo que predominou na casuística o sexo feminino e os doentes com idades compreendidas entre os 65 e 84 anos de idade. (Tabela N.º 9)

Tabela N.º 9: Distribuição dos doentes internados no serviço de Orto geriatria do HSFx por idade e sexo.

Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
65- 74	4	22.22	2	11.11	6	33.33
75 - 84	2	11.11	6	33.33	8	44.44
85 – 94	2	-	1	5.55	3	16.66
95 e +	-	-	1	5.55	1	55.55
TOTAL	8	44.44	10	55.55	18	100.00

Fonte: a própria

Dentro das principais comorbilidades dos utentes internados com fratura da anca no serviço e que foram avaliados pela equipa de Orto geriatria ocupava o primeiro lugar a HTA (77.7%), seguida dos défices visuais (72.2%), nomeadamente utentes com Cataratas, que ainda não tinham sido operados. Dos doentes com anemia a etiologia desta era por défice de ferro sob tratamento oral. Prevaleceu a fibrilhação auricular como principal causa das arritmias observadas. Dentro dos outros diagnósticos foram referidos: uma doente com hipotireoidismo, um utente com etilismo e outro com DPOC. (Tabela N.º 10).

Tabela N.º 10: Comorbilidades dos utentes internados na Unidade de Orto geriatria do HSF.

Patologia	No.	% (n=18)
Hipertensão Arterial	14	77.78
Défice visual	13	72.22
Dislipidemia	12	66.67
Insuficiência Cardíaca	10	55.55
Demência	8	44.44
Défice auditivo	5	27.78
Diabetes Mellitus tipo 2	5	27.78
Doença coronária isquémica	4	22.22
Anemia	4	22.22
Arritmia cardíaca	4	22.22
Osteoporose sob terapêutica	3	16.67
Outros	3	16.67
AVC	2	11.11

Fonte: a própria

Em 16 dos doentes houve um agravamento da anemia, sendo esse causado pela cirurgia, com melhoria evolutiva após administração de Ferro EV (carboximaltose férrica), necessitando apenas de suporte transfusional 4 utentes. Foi encontrado um défice de vitamina D em 16 utentes e iniciaram correção no internamento com suplemento de Vigantol em dose terapêutica. Dos doentes com Delirium predominou a variante hiperativa em 6 e apenas um apresentou a variante hipoativa. Estes foram tratados com baixas doses de antipsicóticos tendo uma boa resposta terapêutica e foram avaliados conforme a escala 4AT (Anexo XII). Em dois dos doentes com Delirium detetou-se como causa do quadro a presença de obstipação, problema comum no idoso e muitas vezes esquecido, sendo reversível o quadro de Delirium em pouco tempo, uma vez resolvida a obstipação. Só foi identificado um doente com úlcera por pressão o que traduz os benefícios da indicação do levante precoce no primeiro dia após a cirurgia e do início de treino da marcha com

indicação de ortopedia e supervisão da fisioterapia. Não houve reporte de fenómenos tromboembólicos graças ao benefício da anticoagulação em todos os utentes com ajustes frequentes segundo taxa de filtrado glomerular. (Tabela N.º 11)

Tabela N.º 11: Intercorrências durante o internamento no serviço de Orto geriatria do HSFX.

Intercorrência	No.	% (n=18)
Anemia agravada	16	88.89
Défice de Vit D	16	88.89
Défice de folatos	12	66.67
Delirium	7	38.89
Transtorno hidroelectrolítico	6	33.33
Lesão Renal Aguda	5	27.78
Fibrilhação auricular aguda	5	27.78
Obstipação	4	22.22
Hipotensão ortostática	3	16.67
Dor refrataria	3	16.67
Infeção trato urinário	2	11.11
Sangramento digestivo	2	11.11
Retenção urinária	2	11.11
Pneumonia	1	5.55
Úlcera por pressão	1	5.55
Síndrome maligna dos neurolépticos	1	5.55
Tromboembolismo pulmonar	-	-

Fonte: a própria

b) Consulta Externa:

As consultas de Orto geriatria transcorrem as quintas-feiras no período da tarde com a presença da médica responsável do serviço de Orto geriatria e o apoio de uma Licenciada em Farmácia que colabora na orientação terapêutica dos doentes. São avaliados entre 5 e

6 doentes em cada consulta, duas destas primeiras consultas após o internamento e até 4 consultas de reavaliação. Na consulta é feita uma revisão da terapêutica atual do doente e verifica-se a correspondência com as indicações médicas da alta; avalia-se a recuperação da marcha para comprovar se manteve os tratamentos de fisioterapia no ambulatório; ainda se faz uma nova avaliação nutricional, funcional e cognitiva. Se necessário, compara-se o estado cognitivo do doente no internamento com o observado na consulta, através da aplicação do MMSE®. Também é feita uma abordagem das intercorrências nos últimos meses incluindo novas quedas, internamentos por diversos motivos e necessidade de apoios sociais domiciliar ou institucionalização. Ainda verificam-se as análises solicitadas no momento da alta hospitalar onde incluem-se parâmetros laboratoriais para avaliar cinética do ferro, valores de vitamina B12 e folatos, determinação de Vitamina D, função tiroidea, renal e hepática e outros mais específicos se necessário.

É feita uma revisão da monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) do doente para detetar eventuais episódios de hipotensão arterial o que constitui um fator de risco para uma nova queda. ⁽¹¹⁾

A Licenciada em Farmácia em articulação com a médica responsável da consulta, desempenha um papel fundamental ao estabelecer recomendações terapêuticas e alternativas farmacológicas após analisar interações farmacológicas e efeitos adversos dos fármacos. Faz ensino terapêutico de técnicas e uso de dispositivos como por exemplo dos inaladores e da câmara expansora e adequa os horários da administração dos fármacos de forma dinâmica em conjunto com o doente e/ou a família ou cuidadores.

Dos 20 doentes que estiveram em consulta durante o período do estágio, 65% correspondia ao sexo feminino e 70% tinham idades entre os 65 e 84 anos. (Tabela N.º 12). Destes utentes, 18 tiveram uma recuperação total da marcha, na maioria dos casos com ajuda de meios auxiliares da marcha o que evidenciou o benefício da continuidade dos tratamentos de fisioterapia no ambulatório. A polifarmácia continuou a ser um problema objetivado nas consultas e considera-se que os utentes têm uma boa adesão à terapêutica aconselhada à data da alta hospitalar. Em 4 utentes evidenciou-se um agravamento do estado nutricional basal, influenciado pela deterioração da esfera cognitiva e

coincidentalmente à institucionalização destes, ainda verificou-se um incremento da dependência avaliado através da escala de Barthel e de Lawton e Brody. (Tabela N.º 13)

Tabela N.º 12: Distribuição dos doentes da consulta externa de Orto geriatria do HSFX por idade e sexo.

Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
65- 74	2	10.0	4	20.0	6	30.0
75 - 84	3	15.0	5	25.0	8	40.0
85 – 94	2	10.0	2	10.0	4	20.0
95 e +	-	-	2	10.0	2	10.0
TOTAL	7	35.0	13	65.0	20	100.00

Fonte: a própria

Tabela N.º 13: Comportamento dos parâmetros avaliados na consulta externa de Orto geriatria do HSFX.

Parâmetro avaliado	No.	% (n=20)
Recuperação da marcha	18	90.0
Polifarmácia	17	85.0
Adesão terapêutica	15	75.0
Internamentos recentes	5	25.0
Agravamento da função cognitiva	4	20.0
Agravamento do estado nutricional	4	20.0
Incremento da dependência	4	20.0
Novas quedas	3	15.0
Institucionalização	3	15.0

Fonte: a própria.

Atividade científica

O serviço de Orto geriatria participa semanalmente nas apresentações de casos raros e revisões bibliográficas realizadas no Serviço de Medicina. Durante o estágio tive a oportunidade de estar presente numa revisão bibliográfica sobre Resistência Antimicrobiana no meio hospitalar. Também durante este período, decorreu a 3ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria organizada pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) durante os dias 15 e 16 de março e tive a oportunidade de assistir às conferências, exposição de trabalhos científicos e diversas apresentações aprofundando assim os conhecimentos na área da Geriatria.

ESTAGIO NO PROJETO PERCURSO DO IDOSO DO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Caracterização do Centro de Formação

O projeto "Percurso Clínico do Idoso" desenvolve-se no Hospital Vila Franca de Xira (HVFX), que se situa nesta cidade, em terrenos que são propriedade da Santa Casa de Misericórdia, com instalações edificadas em três épocas distintas. Trata-se de um hospital público - privado, que, desde 1 de junho de 2011, é gerido através de um modelo de parceria entre o Estado Português e o Grupo José de Mello Saúde. O Hospital Vila Franca de Xira entrou em funcionamento em pleno nas novas instalações (após uma transferência faseada dos vários serviços) no dia 3 de abril de 2013. Em outubro de 2014 o HVFX prossegue a sua aposta na Segurança Clínica com a obtenção da Acreditação pela Joint Commission International, a mais prestigiada organização acreditadora na área da saúde, a nível mundial. É hoje um hospital geral e distrital que possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime de internamento e ambulatório, integrando a prestação de cuidados urgentes classificados como médico-cirúrgicos e responde às necessidades da população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Vila Franca de Xira e Benavente. O Percurso Clínico do Idoso engloba um espaço próprio de internamento e uma Consulta Externa de Geriatria.

O Percurso conta com uma equipa própria, tanto no internamento como na consulta, que se dedica mais ao projeto: Médico, Enfermeiras/os, Assistente Social, Dietista, Fisioterapeutas e Farmacêuticos.

Existe um acordo com o serviço social e com o serviço de medicina física e reabilitação, existindo, se necessário, uma "via verde prioritária" para estes doentes geriátricos serem avaliados naqueles serviços.

Atividade clínica

A atividade clínica foi realizada num regime de 20 a 30 horas semanais, em horário contínuo de 8 horas diárias, até completar as 145 horas. Foi distribuída a carga horária entre o Internamento e a Consulta Externa.

a) Internamento

Os critérios de referência ao espaço de internamento são os seguintes: o doente deve ter mais de 65 anos e apresentar declínio cognitivo recente, declínio funcional recente, múltiplas quedas ou múltiplos internamentos/vindas à urgência sempre pelo mesmo motivo.

Os critérios de exclusão são: AVC e paliativos, uma vez que estes têm espaço próprio, estado de doente acamado em situação de irreversibilidade da sua condição clínica, demências avançadas estabelecidas e doentes com necessidade de cuidados paliativos (tem equipa própria).

O internamento ocorre numa enfermaria de medicina que tem um máximo de 24 camas. São atribuídas diariamente entre 8 a 12 camas, em média, não fixas, a doentes identificados como pertencentes ao “Percurso do Idoso”. O internamento tem material exclusivo, inexistente nas restantes enfermarias de Medicina: barras paralelas com estrado e obstáculos para reabilitação da marcha, pedaleiras que podem ser adaptadas para os membros superiores. Já foram encomendados relógios de parede com data hora e talheres e copos adaptados.

Uma vez identificados os doentes, informaticamente através do programa Glintt, para posteriormente trabalhar os dados, e fisicamente com uma cor diferente na pulseira e no leito, são imediatamente notificados a assistente social, a dietista e o fisioterapeuta para as avaliações e orientações pertinentes no internamento e pós-alta. Os enfermeiros e assistentes operacionais do serviço têm formação e treino para realizar todos os procedimentos adequados para esta faixa etária (levante precoce, sensibilidade para urgência na retirada de algalias e medicação endovenosa, promoção da autonomia nas idas ao WC e como lidar com o Delirium, etc.).

O serviço regula-se por um manual de procedimentos onde está registado tudo o que tem que ser feito desde que o doente é internado até sair do internamento. Está dirigido a toda a equipa, com indicações precisas a cada elemento no que se refere à dinâmica do serviço em geral e a acontecimentos específicos. Surgem ainda no manual os protocolos para

certas situações frequentes no idoso, nomeadamente a conduta a seguir em caso de delirium, dor e insónia ou ansiedade.

É feita em cada doente uma AGG nas primeiras 48 horas após o internamento, obtendo-se os dados junto do doente e familiar ou cuidador e, se necessário, estabelece-se um contacto com os familiares para confirmação da história do doente.

No internamento, para além das análises interessando a patologia aguda, acrescenta-se o pedido de Vitamina B12, Ácido Fólico, TSH, e T4 livre. Retira-se o mais precocemente possível a medicação endovenosa. Ajusta-se toda a medicação à função renal após cálculo da TFG (enoxaparina, antibióticos, etc). Ainda se apela ao levante o mais precocemente possível, sempre que não existam contraindicações para o mesmo. Também se garante que a medicação crónica essencial esteja prescrita e protocoliza-se a medicação SOS, meias de contenção ou enoxaparina profilática consoante indicação. Preconiza-se a não suspensão abrupta de antidepressivos e de benzodiazepinas por risco de privação e mantém-se o mesmo fármaco, mas preferencialmente reduzindo as doses ao mínimo possível.

A situação social do doente é idealmente resolvida no primeiro dia do internamento com vista à reintegração deste no seu meio habitual e prevendo todos os cenários: mais dependência ou voltar a ganhar independência, sendo isto é feito com a colaboração da assistente social. Com a ajuda desta reforçam-se os apoios prestados no domicílio. Se tal não for possível, encaminha-se ao centro de dia. A institucionalização deverá ser sempre a última opção, pois poderá agravar o estado do idoso. Explica-se à família que o internamento resolve uma situação aguda e que o doente deverá ter alta no início da convalescença (e não após cura total) e que o hospital propicia recaídas, Delirium, mais dependência, confusão, infeções mais graves e até a morte.

Se o doente puder ter alta, a mesma dá-se no próprio dia, sem aguardar dias seguintes. A equipa médica realiza uma nota de alta própria, mencionando a avaliação geriátrica sumaria e as intervenções efetuadas e faz-se uma revisão medicamentosa exaustiva que é explicada por escrito e verbalmente aos doentes e/ou cuidadores. Para isto, preenche-se um guia terapêutico do idoso, sendo que o objetivo será retirar todos os fármacos inapropriados para o idoso, segundo os critérios de Beers ⁽¹⁰⁾ e critérios STOPP/START. ⁽⁷⁾

Durante o período do estágio houve um índice ocupacional de 100%, a demora média de internamento foi de 10.4 dias. O internamento com maior duração prolongou-se até aos 48 dias, tratava-se de uma utente com várias intercorrências e com um quadro de desnutrição que necessitou de várias intervenções médicas até à alta hospitalar, numa situação basal compensada e com alto grau de recuperação funcional. Ocorreram 2 óbitos durante o período de estágio, resultando numa taxa de Mortalidade de 4,88%. Um deles foi uma doente com antecedentes de Trombocitemia essencial de difícil controlo, internada por Pneumonia e Trombocitopénia que se complicou por um Enfarte agudo do miocárdio e um AVC isquémico bilateral. O outro doente faleceu por Shock Séptico, com ponto de partida de múltiplas úlceras por pressão e duma Pneumonia.

Segundo os dados obtidos, o número de doentes internados durante o período de estágio foi de 41. A grande maioria dos utentes internados corresponderam ao sexo feminino (87,8%). Salienta-se que mais de $\frac{3}{4}$ dos doentes internados tinham idades compreendidas entre os 75 e os 94 anos e, 51,22% destes encontravam-se na faixa etária dos 85-94 anos de idade (Tabela N.º 14).

Tabela N.º 14: Distribuição dos utentes internados no Percurso Clínico do Idoso do HVFX segundo grupo de idades e sexo.

Grupo de Idades	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
65- 74	3	7.32	3	7.32	6	14.63
75 - 84	-	-	12	29.27	12	29.27
85 – 94	2	4.88	19	46.34	21	51.22
95 e +	-	-	2	4.88	2	4.88
TOTAL	5	12.20	36	87.80	41	100.00

Fonte: a própria

Na casuística do internamento como diagnóstico principal dos doentes ocupou o primeiro lugar a Pneumonia em 26,83%, estas tiveram quase todas origens na comunidade, sendo

que um caso foi considerado nosocomial por referência a internamento recente, e três casos foram de etiologia aspirativa no contexto de engasgamento, em utentes com história de disfagia prévia. De seguida, os principais diagnósticos de admissão ao serviço corresponderam a utentes com DPOC agudizada (12,20%), assim como doentes com Insuficiência Cardíaca Congestiva descompensada e Diabetes Mellitus, correspondendo a 9,76% dos internamentos. Admitiu-se, no período em que durou o estágio, um internamento recorrente e com demora prolongada por Enterocolite, por Clostridium difficile, numa doente com diagnósticos secundários de Corea de Hungtinton e Demência; esta doente levou a cabo um esquema controlado, em conjunto com a nutricionista, de dieta parentérica por cateter central, dada a desnutrição da doente secundária a recusa alimentar. Foi ainda referenciada a cirurgia para colocação de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG), com vista a garantir a alimentação da doente e a recuperação do estado nutricional.

Segue a discriminação e o número de patologias dos doentes internados no referido período de estágio.

Tabela N.º 15: Casuística do internamento no Percurso Clínico do Idoso no HVFX.
Diagnóstico principal.

Código ICD 10	Diagnóstico Principal	No.	% (n=41)
J18.0	Pneumonia	11	26.83
J44.1	DPOC com exacerbação aguda	5	12.20
I50.0	Insuficiência Cardíaca Congestiva	4	9.76
E11	Diabetes Mellitus descompensada	4	9.76
I48	Fibrilhação auricular com RVR	3	7.32
N39.0	Infecção urinária	3	7.32
K92.2	Hemorragia digestiva alta	2	4.88
N18.9	Insuficiência renal crónica	2	4.88
I50.1	Edema agudo do pulmão	2	4.88
I26.9	Tromboembolismo pulmonar	2	4.88
S06.5	Hematoma subdural traumático	1	2.44
A04.7	Enterocolite por Clostridium difficile	1	2.44
D68.9	Defeito da coagulação NE	1	2.44
Total		41	100,00

Fonte: a própria

Como diagnósticos secundários dos doentes admitidos, em percentagem elevada, havia história de Polifarmácia (82,93%), a qual está em correspondência com o observado pela estagiária nos outros serviços geriátricos onde esteve presente. Outros dos diagnósticos secundários associados aos pacientes no período foram a Hipertensão Arterial e a Demência, resultando numa percentagem de 78,05% e 51,22%, respetivamente. Realça-se que 39,02% dos doentes apresentavam diagnóstico associado de Osteoporose, o que se

relaciona com a conhecida associação entre envelhecimento e osteoporose e também se considera ter correspondência com a prevalência de internamentos no sexo feminino. Outro dos grandes problemas da Geriatria são as Úlceras por pressão e estas reportaram-se como diagnóstico secundário em 9,76% dos casos. Salienta-se que se tratavam de utentes institucionalizados, corroborando-se a associação entre imobilismo e desenvolvimento de úlceras por pressão.

Tabela N.º 16: Casuística do internamento no Percurso Clínico do Idoso no HVFX. Diagnósticos Secundários.

Código	Diagnóstico Secundário	No.	% (n=41)
ICD 10			
	Polifarmácia	34	82.93
I10	HTA essencial	32	78.05
F03	Demência NE	21	51.22
D50.9	Anemia por défice de ferro	18	43.90
M81.9	Osteoporose	16	39.02
E78.2	Hiperlipidemia mista	13	31.71
N18.9	Doença renal crónica	12	29.27
I25.5	Cardiomiopatia isquémica	10	24.39
I48	Fibrilhação auricular	8	19.51
I63.9	Enfarte Cerebral NE	6	14.63
L89	Úlcera por pressão	4	9.76
C90.0	Mieloma múltiplo	2	4.88
I70.2	Doença arterial periférica	2	4.88
G82.2	Paraplegia por compressão medular	1	2.44

G10	Corea de Hungtinton	1	2.44
G40.9	Epilepsia	1	2.44
F20.9	Esquizofrenia NE	1	2.44
D47.3	Trombocitemia essencial	1	2.44
S72.0	Fratura do fémur	1	2.44

Fonte: a própria

Durante o período do estágio as principais intercorrências observadas foram o Delirium e a Insuficiência respiratória no 29,27% e 26.83%, respetivamente. Nos casos de Delirium verificou-se uma relação direta com algumas situações comuns nos idosos, tais como a Obstipação e a Dor refratária, daí a importância de estabelecer protocolos para a abordagem destas situações desde as primeiras horas do internamento. O estado de hidratação do utente idoso deve ser vigiado diariamente. Reportaram-se distúrbios eletrolíticos e quadros de desidratação em 26,83% e 19,51% dos doentes, o que implicou um correto ajuste da hidratação dos utentes através do reforço hídrico oral e de ajustes terapêuticos frequentes, partindo do conhecimento de que o idoso tem uma diminuição do reflexo da sede. Chamou também a atenção a nula presença de eventos tromboembólicos, o que reforça o benefício de terapia profilática com heparina, quando indicado e com ajustes em função da Clearance de Creatinina, desde a admissão do doente. Na Tabela N.º 17 aparece a listagem das principais intercorrências observadas pela estagiária no período.

Tabela N.º 17: Principais intercorrências durante o internamento no Percurso Clínico do Idoso no HVFX.

Intercorrência	No.	% (n=41)
Delirium	12	29.27
Insuficiência respiratória	11	26.83
Trastorno eletrolítico	11	26.83
Lesão renal aguda	10	24.39

Desidratação	8	19.51
Infecção do trato urinário	6	14.63
Fibrilhação auricular aguda	6	14.63
Obstipação	6	14.63
Úlcera por pressão	4	9.76
Dor refrataria	3	7.32
Hemorragia digestiva	3	7.32
Rabdomiolise	2	4.88
Atelectasia	2	4.88
Convulsão aguda	2	4.88
Paragem cardiorespiratória	2	4.88
Desnutrição	1	4.88
Enfarte agudo do miocárdio	1	2.44
AVC	1	2.44
Escabiose	1	2.44
Vómitos secundários a uso de opiáceos	1	2.44
Tromboembolismo pulmonar	-	-

Fonte: a própria

a) Consulta de Geriatria

Os critérios de referenciação à consulta de Geriatria são os seguintes: o doente deve ter mais de 65 anos e apresentar declínio funcional de causa não totalmente esclarecida, declínio cognitivo de causa não totalmente esclarecida, quedas de repetição, polifarmácia e dificuldade de redução de fármacos ou outros, se devidamente justificados (múltiplas comorbilidades ou recurso às urgências, problemas económicos/sociais, etc.)

Na primeira consulta é realizada uma AGG por uma equipa de enfermagem já treinada e habituada, que inclui as seguintes escalas: Índice de Katz, Escala de Lawton e Brody, Escala de depressão geriátrica de Yesavage, MMSE® e MNA®. Registam-se igualmente a Pressão Arterial em decúbito e em levante, peso, IMC, e de seguida são avaliados pelo médico com competência em geriatria e responsável da consulta. É feita a história completa, exame

objetivo, Teste Timed Up and Go (TUG) e uma revisão medicamentosa exaustiva. Na segunda e sucessivas consultas, somente repetem as escalas os doentes assinalados para avaliar o progresso ou melhoria da situação identificada. Os registos da consulta são feitos informaticamente, através do programa Glintt. As consultas desenvolvem-se às sextas-feiras à tarde e são observados dois novos casos e três reavaliações.

No período do estágio assisti a 5 consultas e foram observados 25 doentes. Destes, 72% corresponderam ao sexo feminino e quase 70% tinham idades entre os 75 e os 94 anos. (Tabela N.º 18)

Tabela N.º 18: Distribuição dos doentes da consulta externa de Geriatria do HVFX por idade e sexo.

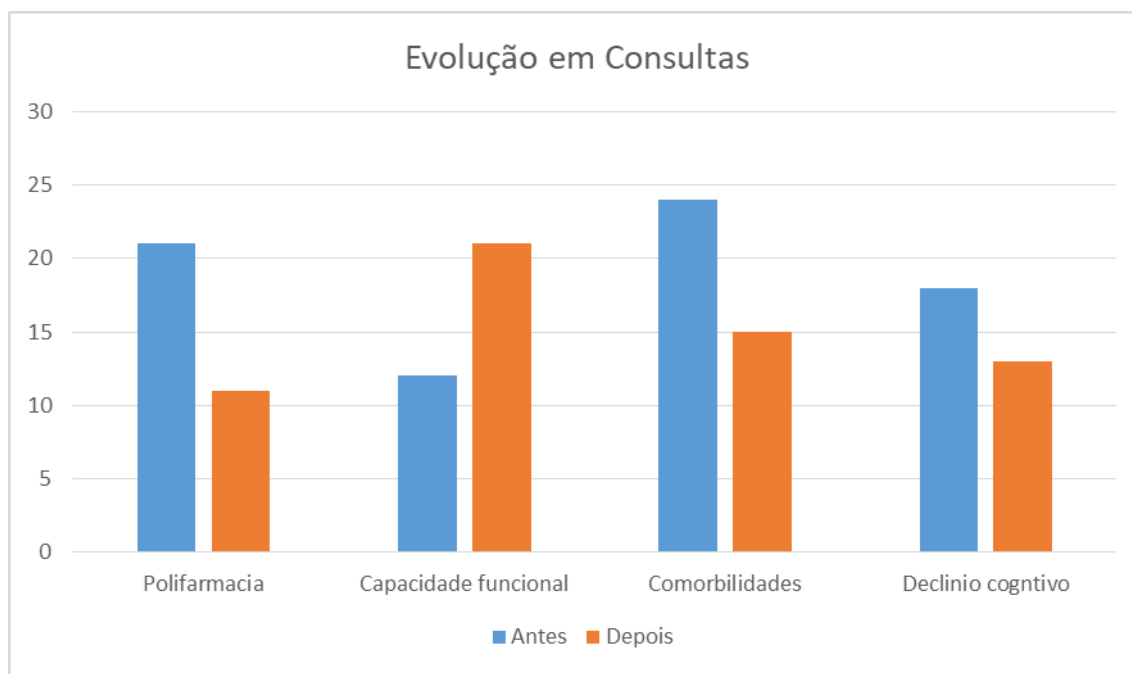
Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
65- 74	2	8.0	4	16.0	6	24.0
75 - 84	3	12.0	5	20.0	8	32.0
85 – 94	2	8.0	7	28.0	9	36.0
95 e +	-	-	2	8.0	2	8.0
TOTAL	7	28.0	18	72.0	25	100.00

Fonte: a própria

Nas consultas de seguimento, verificou-se uma redução da polifarmácia em metade dos doentes que foram avaliados. A melhoria da capacidade funcional destes foi, igualmente, significativa, comparativamente com a primeira consulta, sendo que as melhoras foram observadas principalmente nas atividades básicas da vida diária, exploradas através da Escala de Barthel e com melhor pontuação no Teste TUG. Também em 13 utentes se observou um melhor desempenho cognitivo quando aplicado o MMSE®, graças às intervenções da psicologia e ao reforço da estimulação psicológica nestes pacientes. Houve ainda redução das comorbilidades que apresentavam, dada a correção de anemias, défices

vitamínicos, recuperação do estado nutricional, tratamento efetivo de infeções e outras intercorrências que tiveram no internamento. (Gráfico N.º 5)

Gráfico N.º 5: Evolução de parâmetros em Consultas de Geriatria do HVFX.



Fonte: a própria

Atividade científica

Às quartas-feiras de manhã, decorre uma sessão de revisão bibliográfica apresentada por algum interno da Medicina Interna ou algum médico externo convidado. Assim a estagiária teve a oportunidade de assistir à exposição dos seguintes temas com informação atualizada: Novos anticoagulantes; Pancreatite Aguda; Depressão na urgência ou no internamento; Síndrome Confusional Agudo e Polifarmácia no Idoso. Ainda esteve presente nas visitas integrais ao serviço dirigidas pelo Chefe do Serviço de Medicina Interna, onde se faz uma revisão exaustiva de cada um dos doentes internados com análise pontual de situação atual de cada um deles. O médico responsável pela equipa do "Percurso do Idoso" salienta a participação em congressos de Geriatria nacionais e internacionais. São feitas publicações em revistas da especialidade e promovidas visitas de estagiários de outras especialidades, nomeadamente da medicina familiar e medicina interna, para a formação dos profissionais na área da Geriatria.

COMENTÁRIO FINAL

A casa começa-se pela fundação. Erguem-se os alicerces e as paredes limitam um volume interior coberto por um telhado. Depois de construída, a casa enche-se de conteúdo, veste-se de acordo com as tendências e usando as ferramentas de quem a gere. Finalmente é usada para proporcionar ao ser humano o melhor conforto possível para que ele possa disfrutar da sua experiência, chamada vida.

Assim, a Medicina é a casa que elegi e construí para proporcionar ao meu próximo uma melhor experiência de vida. Nesse sentido, a Geriatria dedicada ao conhecimento do idoso na sua vertente holística, é a melhor ferramenta que adquiri. Sou motivada pela curiosidade, trabalho ativo, feito com brio e em equipa. Tenho interesse pela ciência e pela arte. Durante o meu percurso, aprendi a ter o primeiro contacto ao cuidar do doente, através da abordagem integral. Fiz formação em duas línguas que domino e conheci várias culturas que me ajudam a compreender o idoso de quem trato.

Citando um artigo de opinião escrito pela Dr.^a Joana Sequeira para a revista de Medicina Interna da SPMI, «Há quem escolha a especialidade, outros há que são escolhidos por ela». O primeiro contacto laboral que tive com a Geriatria decorreu durante os meus estudos no meu país de origem, e através dele senti-me tentada a dedicar-me a esta competência. Ao longo dos anos do internato médico em Cuba fui reafirmando o motivo pelo qual preferi a Geriatria. As particularidades do idoso são, de facto, o mais cativante no sentido de que, “especificamente”, pode fazer-se de tudo para proporcionar mais atenção nos últimos dias de vida àqueles que com os seus anos e experiência fizeram história na vida das suas famílias.

Fiz um investimento na minha formação através de cursos de pós-graduação e os três estágios que considero relevantes para a minha prática. Assumo que no fim destes estágios os objetivos foram amplamente cumpridos, porém reconheço a necessidade de manter o aperfeiçoamento durante a minha vida de prática clínica diária.

O caminho da Geriatria é duro e exigente e sem os apoios que tenho tido não seria um caminho tão feliz. Por esse motivo não queria deixar de agradecer aos professores que acompanharam o meu percurso, em especial ao Dr. Eduardo Doutel Haghighi, Dr.^a. Sofia

Duque e ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, por todo o conhecimento que transmitem e a boa disposição constantes.

Um especial agradecimento ao Prof. Dr. José Luis González Guerrero, de Cáceres, e a todos os profissionais com quem me cruzei; à família e aos amigos que são o pilar que me sustém e, finalmente, mas não menos importante, aos doentes, que são o motivo por ter optado por estar aqui.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portal do INE. disponível em www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE
2. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17:37-49.
3. Correia, Luis Marote, et al. Polifarmácia, Fármacos Inapropriados e Interações Medicamentosas nas Prescrições de Doentes Nonagenários. VOL.24 | N.º 1 | JAN/MAR 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mint/v24n1/v24n1a07.pdf>
4. Gai J, Gomes L, Cárdenas CJ. Ptofobia: o medo de cair em pessoas idosas. *Acta Med Port.* 2009;22(1):83-8.
5. Cahn DA, Salmon DP. Screening for dementia of the Alzheimer's type in the community: the utility of the clock drawing test. *Arc Clin Neuro Psychol* 1996;11: 529-39.
6. Parmera JB, Nitrini R. Demências: da investigação ao diagnóstico / Investigation and diagnostic evaluation of a patient with dementia. *Rev Med (São Paulo)*. 2015 jul.-set.;94(3):179-84.
7. D. O'Mahony et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing* 2015; 44: 213–218.
8. Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric disponível em: <https://www.mdcalc.com/cumulative-illness-rating-scale-geriatric-cirs-g>
9. Índice de Frax. disponível em: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=pr>
10. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *JAGS* 00:1–21, 2019.
11. Barros Filho MF, et al. Hipotensão postural em indivíduos com idade superior a 60 anos. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 4, n. 1-2, p. 50-56, 2002.
12. Bohannon RW. Reference values for the Timed Up and Go Test: A Descriptive Meta-Analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2006;29(2):64-8.

ANEXOS

Anexo I: Avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária. Índice de Barthel.

Nome: _____

1)- Como você realiza as suas refeições ?

() 10 – Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável. A comida pode ser cozida ou servida por outra pessoa.

() 5 – Necessita de ajuda para se cortar a carne, passar a manteiga, porém é capaz de comer sozinho.

() 0 – Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa.

2)- Como você toma seu banho ?

() 5 – Independente. Capaz de se lavar inteiro , de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.

() 0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

3)- Como você se veste ? (Parte superior e inferior do corpo)

() 10 – Independente. Capaz de vestir- se e despir-se sem ajuda.

() 5 – Necessita ajuda. Realiza todas as atividades pessoais sem ajuda mais da metade das tarefas em tempo razoável.

() 0 – Dependente. Necessita de alguma ajuda.

4)- Como você realiza seus asseios ?

() 5 – Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem nenhuma ajuda; os componentes necessários podem ser providos por alguma pessoa.

() 0 – Dependente. Necessita alguma ajuda.

5)- Como é sua evacuação ?

- () 10- Contínente. Não apresenta episódios de incontinência.
- () 5 – Acidente ocasional. Menos de uma vez por semana necessita de ajuda para colocar enemas ou supositórios.
- () 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal.

6)- Como é sua micção . Como você a realiza ?

- () 10 – Contínente. Não apresenta episódios. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si só (sonda, urinol, garrafa).
- () 5 – Acidente ocasional. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas e requer ajuda para a manipulação de sondas ou de outros dispositivos.
- () 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.

7)- Como você vai ao banheiro ?

- () 10 – Independente. Entra e sai sozinho e não necessita de ajuda por parte de outra pessoa.
- () 5 – Necessita ajuda. Capaz de mover-se com uma pequena ajuda; é capaz de usar o banheiro. Pode limpar-se sozinho.
- () 0 – Dependente. Incapaz de ter acesso a ele ou de utilizá-lo sem ajuda maior.

8)- Como você realiza as suas transferências (cama , poltrona , cadeira de rodas) ?

- () 15 – Independente. Não requer ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama.
- () 10 – Mínima ajuda. Incluindo uma supervisão ou uma pequena ajuda física.
- () 5 – Grande ajuda. Precisa de uma pessoa forte e treinada.
- () 0 – Dependente necessita um apoio ou ser levantado por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentada.

9)- Como você realiza a deambulação (locomoção , caminhar) ?

() 15 – Independente. Pode andar 50 metros ou seu equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda mecânica exceto andador. Se utilizar uma prótese, pode colocar a prótese nela e tirar sozinha.

() 10 – Necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda por parte de outra pessoa ou utiliza andador.

10)- Como você realiza a subida e descida de escadas ?

() 10 – Independente. Capaz de subir e descer um piso sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.

() 5 – Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.

() 0 – Dependente. É incapaz de subir e descer degraus.

.

VALORES :

Severa : < 45 pontos

Grave : 45 – 59 pontos

Moderada : 60 – 80 pontos

Leve : 80 – 100 pontos

PONTUAÇÃO TOTAL : _____

Anexo II: Avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária. Escala de Katz.

Escala de Katz

Tempo de aplicação: 5 minutos

Escala que permite avaliar a Autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/ cadeira de rodas para a cama; Controlo de Esfíncteres e Alimentação. As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. A informação pode ser obtida através da observação direta do idoso e/ou do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

Para cada ABVD o idoso é classificado como Dependente (0) ou Independente (1). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada ABVD, classifica-se como Dependente nessa atividade.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente) a 6 pontos (independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é independente.

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

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)

Anexo III: Avaliação do grau de independência nas atividades instrumentadas da vida diária. Escala de Lawton & Brody

Escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade: Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros. A informação pode ser obtida através do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD o idoso é classificado como dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). No caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

PONTUAÇÃO:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos (5 pontos no homem), correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente.

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

1- Utilização do telefone

Utiliza o telefone por iniciativa própria _____

É capaz de marcar bem alguns números familiares _____

É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar _____

Não é capaz de usar o telefone _____

2- Fazer compras

Realiza todas as compras necessárias independentemente _____

Realiza independentemente pequenas compras _____

Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra _____

É totalmente incapaz de comprar _____

3- Preparação das refeições

Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente _____

Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos _____

Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada _____

Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições _____

4- Tarefas domésticas

Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados) _____

Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama _____

Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza _____

Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas _____

Não participa em nenhuma tarefa doméstica _____

5- Lavagem da roupa

Lava sozinho toda a sua roupa _____

Lava sozinho pequenas peças de roupa _____

A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros _____

6- Utilização de meios de transporte

Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro _____

É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte _____

Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado _____

Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros _____

Não viaja _____

7- Manejo da medicação

É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas _____

Toma a medicação se a dose é preparada previamente _____

Não é capaz de administrar a sua medicação _____

8- Responsabilidade de assuntos financeiros

Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho _____

Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco _____

Incapaz de manusear o dinheiro _____

Anexo IV: Avaliação do grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas).

Classificação Funcional da Marcha de Holden

A informação pode ser obtida através da observação direta do idoso a caminhar ou do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais ou outros profissionais de saúde. São estabelecidas 6 categorias, tentando-se classificar o idoso na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha.

Tempo de aplicação: 3-5 minutos

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.

<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">Marcha independente (superfície plana)</p>	<p>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.</p>
<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">Marcha independente</p>	<p>O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas.</p>

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho.

Anexo V: Avaliação da esfera psicológica. Escala de deterioração global (GDS) de Riesberg

A escala de deterioração global para avaliação de demência degenerativa primária é uma escala de sete pontos para tentar caracterizar a doença supracitada e classificá-la em estágios. Descreveremos sucintamente, a seguir, os sete estágios da GDS:

Estágio 1 — normal, sem evidência objectiva ou subjectiva de deficit cognitivo;

Estágio 2 — declínio cognitivo muito leve, considerado normal para idade;

Estágio 3 — declínio cognitivo leve, com evidência objectiva de deficit cognitivo (transtorno cognitivo leve?);

Estágio 4 — declínio cognitivo moderado, suficiente para preencher critérios operacionais para demência;

Estágio 5 — declínio cognitivo moderadamente grave, no qual os deficits do paciente interferem com seu funcionamento independente;

Estágio 6 — declínio cognitivo grave, no qual os deficits observados interferem com as actividades básicas da vida diária;

Estágio 7 — declínio muito grave, no qual os deficits observados interferem com todas as actividades da vida diária.

I. Ausência de alteração cognitiva

- Ausência de queixas subjacentes. Ausência de transtornos evidentes de memória na entrevista clínica.

II. Diminuição cognitiva muito leve

- Queixas subjectivas de defeitos de memória, com maior frequência nas seguintes áreas:
 - a) esquecimento do lugar onde colocou objectos familiares; b) esquecimento de nomes previamente bem conhecidos.
- Não haver evidência objectiva de defeitos de memória na entrevista clínica;
- Não haver defeitos objectivos no trabalho ou em situações sociais;
- Existir total conhecimento e valorização da sintomatologia.

III. Defeito cognitivo leve

- Primeiros defeitos claros. Manifestações em mais de uma área das seguintes:

- a) o paciente pode sentir-se perdido ao dirigir-se a um local não familiar;
- b) os colegas de trabalho estarem conscientes da sua pobre e relativa actividade;
- c) o defeito de evocar palavras e nomes tornar-se evidente para as pessoas mais próximas;
- d) o paciente pode ler um parágrafo de um livro e reter relativamente pouco material;
- e) o paciente pode mostrar uma capacidade diminuída para recordar pessoas novas que tenha conhecido;
- f) o paciente pode ter perdido ou colocado um objecto de valor em lugar erróneo;
- g) um defeito de concentração pode tornar-se evidente na investigação clínica;
- Observa-se evidencia objectiva de defeitos de memória apenas em uma entrevista intensiva;
- Há uma diminuição das realizações em situação laboral ou social exigentes;
- Há uma negação ou desconhecimento dos defeitos que passam a ser manifestos no paciente;
- Uma ansiedade discreta a moderada que acompanha os sintomas.

IV. Defeito cognitivo moderado

- Defeitos claramente definidos numa entrevista clínica cuidadosa;
- Defeitos manifestos nas seguintes áreas:
 - a) conhecimento diminuído dos acontecimentos actuais e recentes;
 - b) o paciente pode apresentar certo defeito na lembrança da sua história pessoal;
 - c) defeito de concentração manifestado na subtracção seriada de 7.s (setes);
 - d) capacidade diminuída para viajar, controle das suas economias, etc.;
- Contudo não há defeitos nas seguintes áreas:
 - a) orientação no tempo e na pessoa;
 - b) reconhecimento de pessoas e caras familiares
 - c) capacidade para se deslocar a locais familiares.
- Existe uma incapacidade para realizar tarefas complexas;
- A negação é o mecanismo de defesa dominante;
- Observa-se uma diminuição do afeto e um abandono em situações mais exigentes.

V. Defeito cognitivo moderado grave

- Paciente não pode sobreviver muito tempo sem alguma assistência;
- Durante a entrevista é incapaz de recordar aspetos importantes e relevantes da sua vida atual: por exemplo, uma morada, um número de telefone de muitos anos, os nomes de familiares próximos (como netos), o nome da escola;
- Apresenta certa desorientação no tempo (hora, dia da semana, estação do ano, etc.) ou no lugar;
- Uma pessoa com uma educação formal pode ter dificuldade em contar para trás a partir de quarenta (40), de quatro em quatro (4/4) ou desde vinte (20) de dois em dois (2/2);
- As pessoas situadas neste estágio mantêm o conhecimento dos feitos de maior interesse no que concerne a si mesmos ou a outros;
- Invariavelmente conhecem o seu nome e em geral sabem o nome da sua esposa e filhos;
- Não requerem assistência para o asseio nem para a alimentação, embora possam ter certa dificuldade na seleção de roupas adequadas.

VI. Defeito cognitivo grave

- Em ocasiões pode esquecer o nome da esposa, (da qual é), por outro lado, totalmente dependente para sobreviver;
- Completo desconhecimento dos acontecimentos recentes e das experiências da sua vida;
- Mantém um certo conhecimento da vida passada, embora este muito fragmentado;
- Em geral desconhece o seu meio, o ano, a estação do ano, etc.;
- Pode ter dificuldades para contar desde dez (10, 9, 8,0) para trás, e às vezes para a frente (0, 1, 2, 10);
- Requer certa assistência nas atividades quotidianas, por exemplo, pode apresentar incontinência, requerendo assistência para se despir, embora em ocasiões terá capacidade para se descolar a lugares familiares;
- O ritmo diurno está frequentemente afetado;
- Quase sempre recorda o seu nome;
- Contudo é capaz de distinguir entre pessoas familiares e não familiares à sua volta;
- Acontecem trocas emocionais e de personalidade. São bastante variáveis e incluem:

a) conduta delirante, por exemplo, o paciente pode acusar a sua esposa de impostora, pode falar com pessoas imaginárias à sua volta ou com a sua imagem ao espelho;

b) sintoma obsessivo, por exemplo, pode repetir continuamente atividades de limpeza;

c) sintomas de ansiedade, agitação e, inclusive, conduta violenta previamente inexistente;

d) abulia cognitiva, é dizer, perda de desejos, por falta de desenvolvimento suficientemente largo de um pensamento, para determinar um curso de ação propositado;

VII. Defeito cognitivo muito grave

- Perdem-se todas as capacidades verbais no curso deste estágio. Nas fases iniciais podem-se verbalizar palavras e frases, mas a linguagem é muito circunscrita. Nas últimas fases deste período não há linguagem, apenas grunhidos;
- Incontinência urinária. Requer assistência no asseio e na alimentação;
- À medida que avança esta fase, vão-se perdendo as habilidades psicomotoras básicas, como a capacidade para andar;
- O cérebro parece ser incapaz de dizer ao corpo o que deve fazer. Contudo há sinais e sintomas neurológicos generalizados e corticais;

Anexo VI: Avaliação da esfera psicológica. MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN®(MMSE)

1 – Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

_____ Em que ano estamos?

_____ Em que mês estamos?

_____ Em que dia do mês estamos?

_____ Em que dia da semana estamos?

_____ Em que estação do ano estamos?

_____ Em que país estamos?

_____ Em que distrito vive?

_____ Em que terra vive?

_____ Em que casa estamos?

_____ Em que andar estamos?

2 – Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer 3 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 correta. Se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. 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 correta) “Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

_____ Pera _____ Gato _____ Bola

5 – **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objetos:

_____ Relógio _____ Lápis

b) “Repita a frase que eu lhe 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.

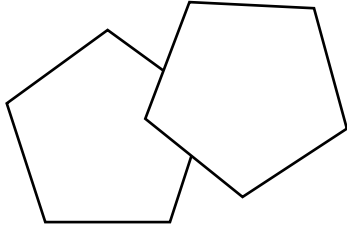
_____ Fechou os olhos

e) “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersecados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Defeito cognitivo em função do grau de escolaridade (Analfabetos ≤ 15 ; 1-11 anos de escolaridade ≤ 22 ; Mais que 11 anos de escolaridade ≤ 27).

Anexo VII: Avaliação da esfera psicológica. Teste do relógio

COMANDO:

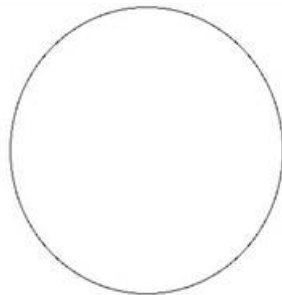
O avaliador fornece um círculo (mostrador) e solicita:

“Por favor, desenhe um relógio com os números e depois disso desenhe os ponteiros marcando, por exemplo, 11 horas e 10 minutos.”

TEMPO:

Não há tempo determinado.

Se, por iniciativa própria, o paciente achar que não ficou bem e quiser desenhar de novo, é permitido.



O Círculo deve ter 10 cm de diâmetro

Pontuação:

<i>Relógio e números incorretos</i>	<i>1-5 pontos</i>
--	--------------------------

1. Não houve iniciativa ou não conseguiu. Desenho não interpretável.
2. Desenho indica que a solicitação foi de certa forma compreendida, mas pouca semelhança com um relógio.
3. Distorção na numeração. Faltam números ou estes estão fora do mostrador. Ausência de ponteiros.
4. Números faltando ou situados fora dos limites do relógio.
5. Numeração em ordem inversa, ou concentrada em alguma parte do relógio.

6. Interpretação errada da solicitação de desenho dos ponteiros (desenho de “relógio digital”, indicar as horas colocando círculos nos números, etc.)
7. Ponteiros alterados, porém compreensíveis, hora errada, mas números corretos.
8. Pequenos erros no tamanho e posição dos ponteiros.
9. Pequeno erro no tamanho dos ponteiros. Posição certa. Hora correta.
10. Desenho correto.

Interpretação

Pontuação menor que 7 => anormalidade, sugere demência.

Pontuação entre 6-8 => suspeita

Pontuação entre 9-10 => desempenho normal

Anexo VIII: Avaliação da esfera afetiva. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE—versão curta

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria das pessoas da sua idade? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Sente-se inútil? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
--

1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Menor de 5 = Sem depressão. Depressão ligeira 6-10 .Depressão grave 11-15

Anexo IX: Avaliação do estado nutricional. Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF)

A) Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? _____

0 = diminuição grave da ingestão

1 = diminuição moderada da ingestão

2 = sem diminuição da ingestão

B) Perda de peso nos últimos 3 meses _____

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

C) Mobilidade _____

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

D) Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? _____

0 = sim 2 = não

E) Problemas neuropsicológicos _____

0 = demência ou depressão graves

1 = demência ligeira

2 = sem problemas psicológicos

F) Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m²) _____

0 = IMC < 19

1 = $19 \leq \text{IMC} < 21$

2 = $21 \leq \text{IMC} < 23$

3 = $\text{IMC} \geq 23$

G) Perímetro da perna (PP) em cm (doentes que não se conseguem obter dados de peso e estatura)

0 = $\text{PP} < 31$

1 = $\text{PP} \geq 31$

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Anexo X: Avaliação de Disfagia. Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST)

Instruções

O V-VST é um instrumento de triagem de perturbações adquiridas da deglutição, que poderá ser aplicado, por qualquer profissional de saúde que integre a equipa multidisciplinar, a todos os indivíduos pertencentes a grupos de risco, antes da ingestão de qualquer alimentação ou hidratação. Esta avaliação realiza-se com o doente sentado e com monitorização constante da saturação de oxigénio.

Oferecem-se volumes de 5, 10 e 20 mL nas consistências: néctar (2g de espessante Nutilis® Powder- Nutricia Advanced Medical Nutrition em 100mL de água mineral, à temperatura ambiente), pudim (12g de espessante Nutilis® Powder –Nutricia Advanced Medical Nutrition em 100mL de água mineral à temperatura ambiente) e líquido (água mineral à temperatura ambiente), com auxílio de uma seringa de alimentação (de forma a garantir-se o rigor do volume apresentado) e coloca-se o oxímetro no dedo indicador da mão direita da pessoa a avaliar, 2 minutos antes de se iniciar a avaliação.

A avaliação inicia-se com a consistência “néctar”, por ordem crescente de volume (5mL, 10mL, 20mL). Segue-se o mesmo procedimento para o líquido e, finalmente avalia-se a consistência “pudim”. Em cada um dos passos da avaliação regista-se a presença de alterações de segurança (tosse/pigarreio, queda de saturação de oxigénio maior ou igual a 3% relativamente ao valor basal do doente, e alterações vocais, entre as quais, voz molhada), e/ou alterações de eficácia (encerramento labial insuficiente, resíduos orais e/ou resíduos faríngeos, estes últimos com base nas queixas do doente e na observação de deglutições múltiplas).

Se durante a aplicação do teste, o doente apresentar qualquer uma das alterações mencionadas (de segurança e/ou de eficácia), a avaliação para o volume e viscosidade em questão é considerada positiva registando-se com o sinal (+), o que significa que o bolus nas condições apresentadas será pouco seguro e/ou eficaz. A ausência de alterações dos sinais de segurança e/ou de eficácia deverá ser registada com o sinal (-). Quando se encontra alguma alteração nos sinais de segurança, não se avança para o volume acima nem para uma consistência de viscosidade inferior. Isto é:

- Caso se observem alterações nos sinais de segurança na consistência néctar, a série é interrompida, omite-se a consistência líquida e avalia-se a consistência pudim.
- Caso se observem alterações nos sinais de segurança na consistência líquida, a série é interrompida e inicia-se a avaliação da consistência pudim.
- Caso se observem alterações nos sinais de eficácia, a série não é interrompida. A dieta recomendada definir-se-á pelo bolus em que o doente não apresentou sinais de alteração da segurança e/ou apresentou menos sinais de alterações da eficácia:
- Caso se observem alterações nos sinais de segurança para a consistência líquida, e a consistência néctar é segura, recomenda-se o volume mais eficaz da consistência néctar.
- Caso se observem alterações nos sinais de segurança na consistência néctar e a consistência pudim é segura e sem acumulação de resíduos, recomenda-se a consistência pudim.

Em caso de identificação de alterações ou suspeita de possíveis aspirações silenciosas, dever-se-á encaminhar o doente para o Terapeuta da Fala para uma avaliação clínica e/ou instrumental mais detalhada. Salienta-se que a dieta recomendada é preventiva, tendo em conta os resultados obtidos, e poderá ser revista após uma avaliação mais detalhada.

Anexo XI: Avaliação do risco de quedas. Timed Up and Go (TUG) Test

INSTRUÇÕES

- Material/equipamento: cadeira (45 cm a 48 cm de altura) com braços, de pés fixos (sem rodinhas), cronômetro; fita adesiva; trena, ou barbante, ou fita com 3m (para demarcar a distância de 3m);
- Orientar o procedimento do teste e certificar-se de que o participante entendeu o que é para ser feito;
- Realizar uma tentativa de familiarização do teste, demonstrando o procedimento (apenas uma vez);
- Corrigir, se for necessário, e reforçar pontos importantes, tais como: chegar até a marca no chão e sentar-se encostando completamente o tronco no encosto da cadeira;
- Caso o idoso apresente alguma dificuldade de entendimento (ou esquecimento), que o faça interromper o percurso, refaça a orientação a respeito da forma correta de execução e reinicie o teste;
- Caso o participante faça qualquer pergunta durante o teste, como por exemplo: “É para sentar?”, Responda: “Faça como eu lhe disse para fazer”;
- É permitido ao participante o uso de dispositivo de auxílio à marcha (bengala, ou andador);
- O participante deve estar usando seu sapato habitual;
- Para cronometrar o tempo: o cronômetro deve ser disparado, quando o participante projetar os ombros à frente (desencostar da cadeira) e deve ser parado, quando o mesmo encostar completamente o tronco no encosto da cadeira.

PROCEDIMENTO

- O idoso deverá estar sentado em uma cadeira com apoio lateral de braço.
- Solicite ao idoso, que se levante sem apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros, virando 180º e retornando ao ponto de partida, para sentar-se novamente.

RESULTADO

Assinalar conforme a cronometragem do trajeto:

- O teste é considerado normal quando o tempo do percurso for inferior a 10 segundos. Sugere indivíduos totalmente livres e independentes. Se a pessoa idosa usar algum tipo de acessório de marcha (bengala, andador), tolera-se o tempo entre 10 a 19 segundos.
- Se o tempo estiver entre 10 e 19 segundos, considera-se que o idoso apresenta risco moderado de queda; mas é independente, têm razoável equilíbrio e velocidade de marcha e a maioria caminha livremente mais de 500 metros, sobe escadas e sai de casa sozinho.
- Em qualquer dos casos, há risco acentuado de quedas sempre que o tempo for superior a 20 segundos. Ou seja, aqueles que despendem entre 20 e 29 segundos estão em uma "zona cinzenta", isto é, demonstram dificuldades para as tarefas da vida diária que variam muito, dependendo das diferentes situações que se apresentam ao indivíduo, as quais exigem bom equilíbrio, velocidade da marcha adequada (no mínimo 0,5 m/seg) e capacidade funcional.
- Os sujeitos com escore de tempo de 30 ou mais segundos tendem a ser totalmente dependentes para muitas atividades básicas e instrumentais da vida diária (levantar-se de uma cadeira, alimentar-se, trocar-se, banhar-se, caminhar)
- O teste deve ser considerado alterado, se o idoso não puder executá-lo por motivos de ordem motora (não consegue se levantar), ou cognitiva (dificuldade em entender as orientações para realização do teste).

Anexo XII: Avaliação do Delirium



Assessment test for delirium & cognitive impairment

Patient name: _____

(label)

Date of birth: _____

Patient number: _____

Date: _____

Time: _____

Tester: _____

CIRCLE

[1] ALERTNESS

This includes patients who may be markedly drowsy (eg. difficult to rouse and/or obviously sleepy during assessment) or agitated/hyperactive. Observe the patient. If asleep, attempt to wake with speech or gentle touch on shoulder. Ask the patient to state their name and address to assist rating.

Normal (fully alert, but not agitated, throughout assessment)	0
Mild sleepiness for <10 seconds after waking, then normal	0
Clearly abnormal	4

[2] AMT4

Age, date of birth, place (name of the hospital or building), current year.

No mistakes	0
1 mistake	1
2 or more mistakes/untestable	2

[3] ATTENTION

*Ask the patient: "Please tell me the months of the year in backwards order, starting at December."
To assist initial understanding one prompt of "what is the month before December?" is permitted.*

Months of the year backwards	Achieves 7 months or more correctly	0
	Starts but scores <7 months / refuses to start	1
	Untestable (cannot start because unwell, drowsy, inattentive)	2

[4] ACUTE CHANGE OR FLUCTUATING COURSE

Evidence of significant change or fluctuation in: alertness, cognition, other mental function (eg. paranoia, hallucinations) arising over the last 2 weeks and still evident in last 24hrs

No	0
Yes	4

4 or above: possible delirium +/- cognitive impairment

1-3: possible cognitive impairment

0: delirium or severe cognitive impairment unlikely (but delirium still possible if [4] information incomplete)

4AT SCORE

GUIDANCE NOTES

Version 1.2. Information and download: www.the4AT.com

The 4AT is a screening instrument designed for rapid initial assessment of delirium and cognitive impairment. A score of 4 or more suggests delirium but is not diagnostic: more detailed assessment of mental status may be required to reach a diagnosis. A score of 1-3 suggests cognitive impairment and more detailed cognitive testing and informant history-taking are required. A score of 0 does not definitively exclude delirium or cognitive impairment: more detailed testing may be required depending on the clinical context. Items 1-3 are rated *solely on observation of the patient at the time of assessment*. Item 4 requires information from one or more source(s), eg. your own knowledge of the patient, other staff who know the patient (eg. ward nurses), GP letter, case notes, carers. The tester should take account of communication difficulties (hearing impairment, dysphasia, lack of common language) when carrying out the test and interpreting the score.

Alertness: Altered level of alertness is very likely to be delirium in general hospital settings. If the patient shows significant altered alertness during the bedside assessment, score 4 for this item. **AMT4 (Abbreviated Mental Test - 4):** This score can be extracted from items in the AMT10 if the latter is done immediately before. **Acute Change or Fluctuating Course:** Fluctuation can occur without delirium in some cases of dementia, but marked fluctuation usually indicates delirium. To help elicit any hallucinations and/or paranoid thoughts ask the patient questions such as, "Are you concerned about anything going on here?"; "Do you feel frightened by anything or anyone?"; "Have you been seeing or hearing anything unusual?"

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash