



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Madalena Henriques Monteiro

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR EM
CUIDADOS GERIÁTRICOS**

VOLUME 1

**Relatório de estágio clínico no âmbito do Mestrado em Geriatria,
orientada pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**

Outubro de 2020



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Madalena Henriques Monteiro

Abordagem multidisciplinar em cuidados geriátricos

Relatório de estágio clínico do Mestrado em Geriatria, apresentado à Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra

Orientador: Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

Outubro, 2020

Agradecimentos

Ao João, pelo apoio e motivação constantes

À minha família pelo amor de toda a vida

RESUMO

O envelhecimento populacional a que assistimos atualmente, resultado da melhoria das condições sociais e dos avanços técnico-científicos, deve fazer repensar a forma como os cuidados médicos são proporcionados. Como se verifica noutros países ocidentais, o fenómeno da transição epidemiológica traduz-se na carga de doença ser atribuída essencialmente às doenças crónicas não transmissíveis em detrimento das doenças infecciosas, sendo atualmente a principal responsável pela morbimortalidade e aumento dos encargos económicos em saúde.

A Geriatria surge como a melhor forma de dar resposta às necessidades de um país que envelhece, com um número crescente de idosos com pluripatologia, polifarmácia e limitação funcional. Tem em consideração igualmente que a abordagem multidimensional e multidisciplinar traz ganhos em saúde para o doente idoso, com o objetivo final de potenciar a sua autonomia e independência, melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida.

O presente relatório de estágio pretende descrever as atividades realizadas durante o estágio clínico na Unidade de Ortogeriatria do Hospital São Francisco Xavier e no Hospital do Mar, num total de 400 horas realizadas em 2018 e 2019. Tem como objetivo a conclusão do Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e pretende refletir de forma minuciosa a caracterização de cada serviço, a metodologia de trabalho usada e a caracterização estatística dos doentes observados.

Palavras-chave: estágio; Geriatria; avaliação geriátrica global; internamento; reabilitação

ABSTRACT

The population aging that we are currently witnessing results from the improvement of social conditions and technical-scientific advances should make us rethink the way medical care is provided. As seen in other western countries the phenomenon of epidemiological transition translates into the burden of disease being attributed essentially to chronic noncommunicable diseases to the detriment of infectious diseases, being currently the main responsible for health morbidity and increased economic burdens in.

Having this into consideration Geriatrics emerge as the best way to respond to the needs of an aging country with an increasing number of elderly people with pluripathology, polypharmacy and functional limitation. Also taking into account that a multidimensional and multidisciplinary approach brings health gains to the elderly patient, with the ultimate goal of enhancing their autonomy and independence, improving their well-being and quality of life.

The present internship report describes how activities were carried out during the clinical internship at the Orthogeriatrics Unit of Hospital São Francisco Xavier and Hospital do Mar on a total number of 400 hours held in 2018-2019. The report aims the conclusion of a Master's degree on Geriatrics at the University of Coimbra and it intends to describe each geriatric medical service, the work methodology used and the statistical characterization of the patients observed.

Keywords: Internship; Geriatrics; global geriatric assessment; geriatric care; rehabilitation

LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AINE – Anti-inflamatórios não esteroides

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

OMS – Organização Mundial de Saúde

H – Homem

M – Mulher

PTA – Prótese Total da Anca

ÍNDICE

1. Introdução	7
2. Objetivos	8
3. Estágio no Serviço de Orto geriatria	9
3.1. Caracterização do serviço	9
3.2. Metodologia de trabalho	9
3.3. Caracterização estatística dos doentes	10
3.4. Consulta externa de Geriatria	15
4. Estágio no Serviço de Geriatria do Hospital do Mar	18
4.1. Caracterização do serviço	18
4.2. Metodologia de trabalho	19
4.3. Caracterização estatística dos doentes	20
5. Comentário Final	24
6. Referências Bibliográficas	26
7. Anexos	27

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno que se reflete à escala mundial e que irá continuar a acentuar-se no futuro próximo, resultado da diminuição das taxas de fertilidade e natalidade, da diminuição da taxa de mortalidade e consequente aumento da esperança de vida e da emigração. Em 2050, segundo a Organização das Nações Unidas, 20% da população mundial corresponderá a pessoas idosas. O Instituto Nacional de Estatística prevê um acentuado agravamento do envelhecimento populacional entre 2012 e 2060 no território português, com um índice de envelhecimento a aumentar para 307 idosos por cada 100 jovens. Consequentemente, assiste-se simultaneamente a uma alteração das causas de morbilidade e mortalidade, no sentido do aumento das doenças crónicas e degenerativas, com compromisso funcional e da qualidade de vida, o que traz novos desafios nos cuidados de saúde.

Perante esta realidade inevitável, cabe-nos antecipar e prever as necessidades especiais desta população e adotar medidas para intervir de forma precoce e preventiva e encontrar soluções adequadas às particularidades desta população não só a nível físico, mas também psicológico, funcional e social. Nos últimos anos tem sido demonstrado que prevenir e atuar sobre os fatores de risco tem um impacto na história natural das doenças crónicas. O mesmo se aplica na população geriátrica, uma vez que é possível diminuir a incidência e gravidade das doenças e dos síndromes geriátricos nesta população, atuando na prevenção e divulgação de medidas de promoção da saúde.

Neste sentido, a prevenção surge como tarefa fundamental do médico, promovendo um envelhecimento ativo e saudável, com manutenção da autonomia e independência e reconhecendo situações com potencial de intervenção precoce. É indispensável mudar a mentalidade de que a fragilidade e dependência são características inevitáveis e irreversíveis do envelhecimento.

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, as políticas que desenvolvem ações segundo as necessidades individuais e familiares das pessoas idosas e se adaptam à sua diversidade, permitem reduzir custos em saúde, preservar a sua autonomia e qualidade de vida, mantendo o seu contributo na sociedade.

2. OBJETIVOS

Os estágios realizados pretenderam potenciar a aquisição de competências práticas em Geriatria, através da abordagem de doentes idosos com fratura da extremidade proximal do fémur no Serviço de Ortopediatria, bem como doentes idosos internados para convalescença e reabilitação após fratura ou descompensação de doença crónica já estabilizada no Hospital do Mar.

Em ambos os estágios foi possível identificar o risco de perda de funcionalidade ou doença e definir um plano individual de intervenção e prevenção da fragilidade.

Os objetivos principais no decorrer dos estágios foram:

1. Avaliação dos componentes físico, mental, funcional e social do idoso, através da avaliação geriátrica global;
2. Identificação dos fatores de risco que estão associados a doença e perda de função e intervenção ativa e precoce nos mesmos, bem como priorização dos problemas de saúde do doente idoso;
3. Diagnóstico precoce dos principais síndromes geriátricos e adoção de medidas que evitem as suas complicações, nomeadamente a perda de autonomia e independência, com especial ênfase para as quedas;
4. Gestão da polimedicação, prevenção da iatrogenia farmacológica e enfoque em medidas não farmacológicas quando aplicável;
5. Treino na prevenção ou tratamento precoce de complicações peri-operatórias no doente idoso ortopédico;
6. Articulação com outros profissionais de saúde, nomeadamente nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutica e assistente social.

3. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE ORTOGERIATRIA

3.1. Caracterização do Serviço

O Serviço de Orto geriatria está integrado no Serviço de Ortopedia do Hospital de São Francisco Xavier. Esta instituição hospitalar foi criada em 1987, com o intuito de dar assistência hospitalar à área ocidental de Lisboa, abrangendo cerca de 1 milhão de habitantes. Em 2005, foi juntamente com o Hospital de Egas Moniz e de Santa Cruz integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, dispondo de todas as valências de cuidados de saúde diferenciados.

O Serviço de Ortopedia encontra-se situado no edifício central, no 3º piso, sendo acessível de elevador ou escadas. É constituído por 18 quartos, correspondendo a 35 camas dedicadas a doentes ortopédicos. Diariamente são identificados os doentes idosos com fratura do colo do fémur que serão observados pela Unidade de Orto geriatria, com o objetivo de otimizar o tratamento e reabilitação funcional de forma a diminuir o tempo de internamento, reduzir as complicações e a mortalidade. São igualmente observados outros doentes referenciados pelo Serviço de Ortopedia e respetiva equipa de enfermagem.

A Unidade de Orto geriatria é coordenada pela Dra. Sofia Duque, tendo sido a médica responsável pela orientação do meu estágio. Foram realizadas 200 horas de estágio, durante o mês de Outubro e Novembro, incluindo o estágio na Unidade de Orto geriatria (5 dias por semana) e em Consulta Externa de Geriatria (1 tarde por semana, às quintas-feiras, das 14-18h).

O trabalho desenvolvido neste Unidade fomenta a abordagem multidisciplinar dos doentes idosos, pelo que conta com a colaboração de 2 assistentes sociais, 2 nutricionistas, 1 farmacêutica e fisioterapeutas.

3.2. Metodologia de Trabalho

Diariamente era realizada a avaliação clínica dos doentes idosos internados, privilegiando-se uma avaliação multidisciplinar e com a utilização de escalas de avaliação geriátrica, incluindo a avaliação das necessidades sociais. Foi igualmente abordada a prevenção e tratamento de doenças agudas ou crónicas de forma a minimizar o risco cirúrgico e a abordagem precoce de complicações peri-operatórias. Foi feita a promoção da mobilidade precoce e autonomia, tratamento da osteoporose e prevenção secundária de quedas. Desde o primeiro dia existiu a articulação com a família e cuidadores, para a recolha da história clínica e planeamento precoce

da alta, incluindo a educação relativa a medicação recomendada, medidas de estilo de vida e continuação da reabilitação motora. Todas as avaliações foram registadas no Sclinic, no Diário Clínico, segundo o esquema SOAP (S- sintomas/sinais; O-exame objetivo; A-lista de problemas; P-plano). Foram solicitados exames complementares de diagnóstico pré-operatórios e posteriormente de forma individualizada. No final da manhã eram discutidos em equipa os doentes observados e uma vez por semana era realizada a visita médica juntamente com os colegas do Serviço de Ortopedia.

A avaliação geriátrica global era realizada na admissão do doente idoso ortopédico e incluía:

- história clínica, incluindo data do diagnóstico, forma de apresentação, repercussões/consequências;
- história farmacológica atual e alergias medicamentosas, incluindo vacinação;
- circunstâncias da queda e identificação de fatores de risco para novas quedas;
- situação social: estado civil, local de residência e co-habitantes, condições do domicílio (andar, existência ou não de elevador e escadas ou outras barreiras arquitetónicas relevantes), existência de apoio, frequência de centro de dia;
- avaliação do estado funcional, através das atividades de vida diária (AVD) básicas: Escala de Barthel (Anexo I) e as AVD instrumentais: Escala de Lawton and Brody (Anexo II);
- avaliação da capacidade de marcha, através da Classificação Funcional de Marcha de Holden (Anexo III);
- avaliação do estado cognitivo e emocional, através de entrevista ao doente ou à família e utilização da Escala de Deterioração Global – GDS (Anexo IV);
- avaliação do estado nutricional, através do Mini Nutritional Assessment (Anexo V), medidas antropométricas e da realização de inquérito alimentar;
- avaliação do risco de fratura osteoporótica, através do índice FRAX.

À data da alta, era realizada uma revisão terapêutica pormenorizada, com base nos critérios de Beers e STOP and START, ponderado a indicação terapêutica de cada medicamento, bem como a relação risco/benefício para o doente em questão, incentivando sendo que possível adoção de medidas não farmacológicas.

3.3. Caracterização estatística dos doentes

Durante o estágio clínico no internamento de Ortogeriatría foram observados um total de 34 doentes idosos, predominando o sexo feminino (73,5%). Na Figura 1 é possível observar a

distribuição por grupos etários dos doentes observados. É no grupo etário dos grandes idosos que existe uma maior proporção de idosos, o que é expectável e de acordo com a expectativa de vida da população portuguesa (84,3 anos - M e 78,1 anos – H)¹.

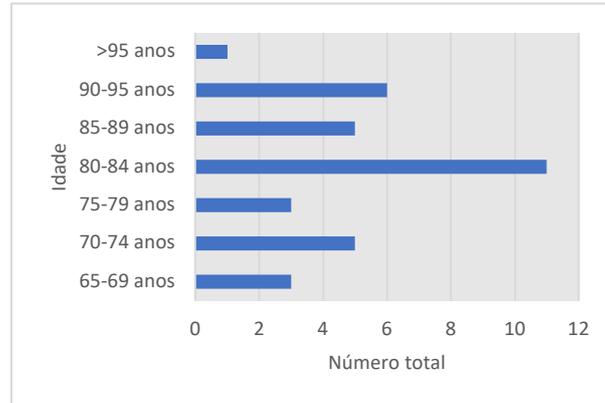


Figura 1 – Distribuição etária dos doentes idosos
(Fonte: base de dados pessoal)

Relativamente ao motivo de internamento, descrito no Quadro I, o principal diagnóstico foi a fratura do colo do fémur (73,5%), sendo predominantes as fraturas pertrocantéricas e subcapitais do fémur, estando maioritariamente associadas a traumatismos de baixa frequência e tendo todas sido submetidas a intervenção cirúrgica. A fratura da clavícula e arcos costais bem como a fratura osteoporótica da coluna vertebral foram submetidas a tratamento conservador.

Quadro I – Motivos de internamento na Unidade de Orto geriatria durante o período de estágio (Fonte: base de dados pessoal)

Motivo de Internamento	N
Fratura do colo do fémur	25
Fratura tornozelo	2
Fratura tíbia	2
Fratura bacia	1
Fratura clavícula e 3º e 4º arcos costais	1
Fratura osteoporótica D11	1
Rotura tendão supra-espinhoso	1
Infeção tardia PTA	1

Relativamente às principais comorbilidades identificadas nos doentes idosos observados na Unidade de Orto geriatria (Quadro II), destacam-se os fatores de risco cardiovascular como a hipertensão arterial (73,5%), a dislipidemia (52,9%), a diabetes mellitus (32,4%) e obesidade (23,5%). Os défices sensoriais são igualmente frequentes neste grupo etário, estando as cataratas presente em 7 doentes, a hipoacusia em 6 doentes, glaucoma em 3 doentes e a retinopatia

diabética em 3 doentes idosos. Deverá igualmente fazer refletir que apenas 2 doentes tinham diagnóstico de osteoporose prévio ao internamento, sendo que 5 idosos tinham história pessoal de fraturas prévias. Relativamente ao número de comorbilidades por doente, destaca-se que a maioria dos doentes idosos apresentava 4-5 comorbilidades associadas.

Quadro II – Principais comorbilidades nos doentes idosos ortopédicos (Fonte: base de dados pessoal)

Problema de saúde	N	Problema de saúde	N
Hipertensão arterial essencial	25	Hipoacusia	6
Dislipidemia	18	Doença vascular cerebral	6
Diabetes Mellitus	11	Síndrome Depressivo	6
Fibrilhação auricular	10	Incontinência Urinária	6
Obesidade	8	Hipotiroidismo	6
Doença renal crónica	7	Enfarte Agudo Miocárdio	5
Anemia crónica	7	DPOC	5
Hiperplasia Benigna da Próstata	7	Obstipação crónica	5
Cataratas	7	Insuficiência Cardíaca	4
Doença oncológica	6	Gastrite crónica	4

Relativamente à polifarmácia, definida como o uso de 5 ou mais medicamentos com princípios ativos distintos, sabemos que 50% dos idosos estão polimedicados, sendo 1 em cada 5 prescrições potencialmente inapropriadas². Dos doentes idosos observados, 26 estavam medicados com 5 ou mais fármacos, entre estes destacava-se o uso de anti-hipertensores e estatinas (Quadro III). De realçar o uso de antidepressivos em 13 doentes, apesar de apenas 6 idosos terem diagnóstico de síndrome depressivo, bem como o consumo inadequado de benzodiazepinas usadas maioritariamente para a insónia.

Quadro III – Medicação habitual mais frequente nos doentes idosos ortopédicos (Fonte: base de dados pessoal)

Tratamento farmacológico	N
Anti-hipertensores	24
Estatinas	17
Anticoagulantes/Antiagregantes plaquetários	15
Antidepressivos	13
Benzodiazepinas	13
Antidiabéticos orais	11
Inibidores Bomba de Protões	10
Inibidores da 5- α redutase	7
Laxantes	7
Levotiroxina	6

O protocolo de admissão incluía a realização da avaliação geriátrica global dos doentes idosos internados, como se pode observar no Quadro IV. Destes, 16 eram autónomos antes do internamento, sendo que 10 eram igualmente independentes e 6 apresentavam uma dependência ligeira nas atividades instrumentais da vida diária. De entre os doentes observados, 2 idosos encontravam-se institucionalizados em lar por apresentar uma demência condicionando uma dependência severa nas atividades de vida diária, e 15 idosos apresentavam uma dependência moderada a grave necessitando do apoio de um cuidador informal, na maioria das vezes o conjugue ou um filho. Relativamente ao grau de autonomia da marcha, verificou-se que a maioria dos doentes idosos é capaz de andar de forma independente em superfícies planas. No que toca ao rastreio do estado nutricional, 18 doentes idosos encontravam-se em risco de desnutrição, pelo que foi solicitada a intervenção da nutricionista. Na avaliação das funções cognitivas foi detetado em alguns doentes défice cognitivo acentuado, pelo que foi solicitado uma avaliação neuropsicológica bem como observação pela Neurologia. Nos doentes com alteração do estado de ânimo ou comportamentos de isolamento, foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (Anexo VI).

Quadro IV – Avaliação Geriátrica Global realizada aos doentes idosos ortopédicos (Fonte: base de dados pessoal)

Avaliação Geriátrica Global			
Escala de Barthel	N		N
Independente	16	Dependência moderada	4
Dependência ligeira	12	Dependência severa	2
Escala de Lawton and Brody	N		N
Independente	10	Dependência severa	3
Dependência ligeira	7	Dependência total	7
Dependência moderada	7		
Classificação funcional da Marcha de Holden	N		N
Marcha ineficaz- categoria 0	2	Marcha dependente com supervisão – categoria 3	4
Marcha dependente – categoria 1	3	Marcha independente – categoria 4/5	22
Marcha dependente - categoria 2	3		
Mini-nutritional Assessment	N		N
Estado nutricional normal	11	Desnutrido	5
Sob risco de desnutrição	18		
Escala de Deterioração Global	N		N
Ausência de défice cognitivo	11	Défice cognitivo moderado	1
Défice cognitivo muito ligeiro	12	Défice cognitivo moderadamente grave	2
Défice cognitivo ligeiro	4	Défice cognitivo grave	4

O tempo médio de espera cirúrgico (Figura 2) foi superior a 48h em 18 dos doentes idosos ortopédicos com indicação cirúrgica, sendo o motivo de atraso devido a utilização de anticoagulantes/antiagregantes plaquetários, patologia médica com necessidade de estabilização pré-operatória e a falta de tempo operatório.



Figura 2 – Tempo de espera cirúrgico dos doentes idosos com indicação operatória (Fonte: base de dados pessoal)

No Quadro V estão descritas as principais complicações pós-operatórias registadas nos doentes idosos observados, sendo a mais frequente a anemia relacionada com a cirurgia (55,9%), seguida da lesão renal aguda (29,4%) e o delirium (26,5%), tendo sido observado delirium hipoativo em 5 doentes idosos e delirium hiperativo em 4 dos doentes idosos. Durante o período de estágio apenas foi registado 1 falecimento, em doente oncológica em fase terminal.

Quadro V – Intercorrências registadas no internamento nos doentes idosos ortopédicos (Fonte: base de dados pessoal)

Intercorrências	N
Anemia	19
Lesão renal aguda	10
Delirium	9
Obstipação	9
Cistite	7
Distúrbios hidroeletrólíticos	7
Dor refratária	6
Insuficiência respiratória	5
Arritmias	4
Insuficiência cardíaca descompensada	3

Durante o internamento, foi iniciado o levantar para o cadeirão e treino da marcha com andarilho de forma precoce com o apoio de fisioterapeuta, foi também dado ênfase ao controlo eficiente da dor, prevenção do tromboembolismo, tratamento da obstipação, algaliação apenas em casos devidamente fundamentados e proteção de proeminências ósseas. Na alta foi realizada uma

revisão terapêutica no sentido de reduzir o risco de deterioração cognitiva, o risco de quedas e a iatrogenia farmacológica.

A maioria dos utentes regressou ao seu domicílio, tendo sido orientados para a consulta externa de Geriatria, consulta de Ortopedia e Fisiatria. Foi recomendado continuação do plano de fisioterapia para reforço muscular e reabilitação motora e indicação de marcha em carga parcial para total conforme tolerância do membro operado.

3.4. Consulta Externa de Geriatria

Durante o estágio clínico de Geriatria, de forma semanal, assisti à consulta externa de Geriatria. Esta consulta tem o apoio de uma farmacêutica, que no período antecedente à consulta, pesquisa as últimas prescrições medicamentosas realizadas ao doente idoso e alerta acerca de interações farmacológicas e potenciais efeitos adversos, recomendado outras alternativas terapêuticas mais seguras para o doente em questão. Elabora igualmente uma guia de tratamento de fácil leitura para o doente e para os seus familiares e reforça o uso adequado de dispositivos médicos.

Na consulta de Geriatria, foram observados 22 doentes idosos, predominando o sexo feminino em 77,3%. Relativamente à distribuição por grupo etário, tal como se verifica na Figura 3, predomina o grupo acima dos 80 anos, com uma média de idades de 85 anos.

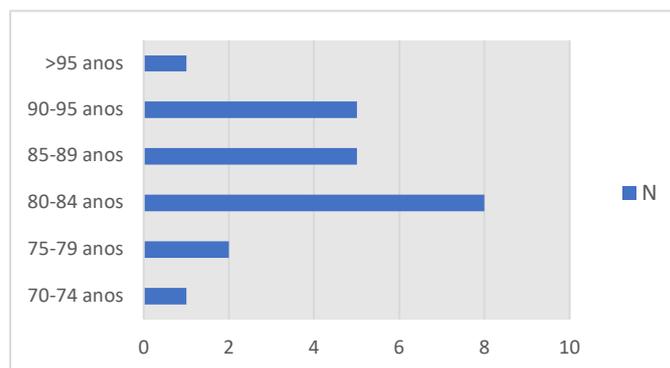


Figura 3 – Distribuição por grupo etário dos doentes idosos observados na Consulta de Geriatria (Fonte: base de dados pessoal)

Relativamente ao motivo de referenciação à consulta de Geriatria (Quadro VI), a maioria dos doentes observados foram referenciados após o internamento na Unidade de Ortogeriatrics com o diagnóstico de fratura do colo do fémur. A referenciação à consulta está disponível a qualquer outra especialidade que considere pertinente a realização da avaliação geriátrica global e revisão terapêutica ao doente idoso. Relativamente ao estado funcional prévio ao

internamento, 9 doentes idosos eram independentes e autónomos, 11 doentes apresentavam uma dependência moderada a grave nas atividades instrumentais da vida diária e necessitavam de apoio na marcha e 2 encontravam-se institucionalizados em residência geriátrica.

Quadro VI – Motivos de referência à consulta de Geriatria
(Fonte: base de dados pessoal)

Motivo de referência	N
Fratura do colo do fémur	17
Fratura úmero	1
Fratura tornozelo	1
Fratura vertebral lombar	1
Artrite séptica do ombro	1
Artroplastia total da anca	1

Foram identificadas múltiplas comorbilidades nos doentes observados na consulta de Geriatria, tal como se verifica no Quadro VII. A hipertensão arterial foi a mais frequentemente registada (68,2%). O síndrome depressivo foi o terceiro problema de saúde mais registado no decorrer da consulta, o que nos alerta para que as doenças do foro mental assumem cada vez mais relevância com um impacto real na carga global das doenças, situação a que devemos estar atentos após um evento adverso e gerador de stress na vida do doente. A patologia osteoarticular degenerativa presente em 27,3% é responsável pela limitação funcional e perda de autonomia dos doentes idosos. A história de quedas é um fator de risco independente para novas quedas, sobretudo se 2 ou mais quedas nos últimos 12 meses. De entre os doentes idosos observados na consulta, 4 apresentavam história anterior de quedas, com fraturas prévias. Nestes doentes foram avaliados os défices sensitivos, polifarmácia e pluripatologia, as condições arquitetónicas do domicílio e vestuário e recomendado atividade física adaptada ao doente idoso após recuperação funcional.

Quadro VII – Principais comorbilidades dos doentes idosos na consulta de Geriatria (Fonte: base de dados pessoal)

Problema de saúde	N
Hipertensão arterial essencial	15
Dislipidemia	10
Síndrome Depressivo	9
Fibrilhação auricular	7
Insuficiência Cardíaca	7
Patologia osteoarticular degenerativa	6
Diabetes Mellitus	4
Hipoacusia	4
Cataratas	4
DPOC	4

No decorrer da consulta, é realizada avaliação da capacidade de marcha e da manutenção do plano de fisioterapia e progressão na reabilitação. De entre os doentes idosos avaliados com fratura do colo do fémur, 10 deambulavam com auxílio de andarilho, 4 com canadiana e 3 tinham recuperado a marcha autónoma. Foi igualmente avaliado novamente o estado nutricional, funcional e cognitivo, estando alerta para um possível agravamento da perda de função e aumento da dependência, de modo a intervir precocemente. Foram avaliadas as intercorrências desde o internamento, nomeadamente descompensação de doença crónica ou doença aguda com necessidade de novo internamento, novas quedas e situação social, questionando acerca da existência de apoio familiar e adaptações arquitetónicas no domicílio.

Relativamente ao tratamento farmacológico, no Quadro VIII, estão descritos os principais grupos de fármacos revistos na consulta de Geriatria. Foram identificados e descontinuados os fármacos cujos riscos superavam os benefícios, tendo sido suspensos ou reduzidos de forma progressiva, com a monitorização da evolução do processo através da marcação de nova consulta. Foi usado como auxílio os Critérios de Beers e STOP and START. As benzodiazepinas, usadas de forma desadequada para a insónia isolada, têm como efeitos adversos a alteração da memória e quedas, pelo que são considerados medicamentos potencialmente inapropriados para os doentes idosos. Os inibidores da bomba de prótons usados maioritariamente associados à crença de que protegem o estômago da polimedicação, foram gradualmente descontinuados nos doentes idosos sem clara indicação para o seu uso. O ácido fólico e o ferro oral foram suspensos nos doentes em que se verificou que o seu défice estava corrigido. Os suplementos vitamínicos adquiridos sem indicação médica foram suspensos, tendo sido reforçadas as recomendações nutricionais, contando sempre que necessário com o apoio da nutricionista.

Quadro VIII – Principais fármacos descontinuados nos doentes idosos na consulta de Geriatria (Fonte: base de dados pessoal)

Tratamento farmacológico	N
Anti-hipertensores	13
Benzodiazepinas	9
Inibidores Bomba de Protões	8
Estatinas	7
Antidepressivos	5
Acido fólico	5
Analgésicos opioides	4
AINE	4
Suplementos vitamínicos	3
Ferro oral	2

4. ESTÁGIO NO SERVIÇO DE GERIATRIA DO HOSPITAL DO MAR

4.1. Caracterização do Serviço

O Hospital do Mar Lisboa, instituição de carácter privado, localizado no antigo edifício da Estação Agronómica Nacional, foi inaugurado em 2006. Pretendeu introduzir um conceito inovador em saúde, aliado a uma equipa multidisciplinar que avalia as necessidades médicas, funcionais, psicológicas e sociais e estabelece um “Método Compreensivo de Atuação”, que consiste num plano de tratamento e reabilitação individualizado de acordo com as necessidades específicas de cada doente.

O Hospital do Mar possibilita a convalescença e reabilitação, nomeadamente em situações pós-operatórias e pós-AVC; a neuroestimulação em situações de demência, que inclui treino cognitivo e estratégias compensatórias e/ou de adaptação; cuidados paliativos, em situações de doença terminal para cuidados de conforto e suporte, possibilitando o descanso dos cuidadores; acompanhamento de doenças crónicas e cuidados geriátricos em regime de internamento após agudizações ou em fases avançadas da doença.

A equipa médica é constituída por 7 médicos com especialidade em Medicina Geral e Familiar, sendo que 2 médicas estão dedicadas à área dos cuidados paliativos. A Dra. Helena Bárrios, diretora clínica adjunta, com competência em Geriatria, foi a minha orientadora durante o período de estágio. Foram realizadas 200 horas de estágio, entre o mês de Março e Abril 2019, em regime de internamento na Unidade de Cuidados Geriátricos, no piso 0 ala esquerda.

A avaliação multidisciplinar dos doentes idosos internados conta ainda com a participação de 2 médicos fisiatras, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais e neuropsicólogos.

Os cuidados de reabilitação podem ser prestados em regime de internamento ou centro de dia, destacando-se a reabilitação ortopédica e neurológica. O internamento no Hospital do Mar dispõe de 106 quartos e 140 camas de internamento, com casa de banho individual. A ala esquerda onde decorreu o estágio possui 17 quartos (individuais e partilhados), num total de 24 camas, tendo a taxa de ocupação sido de 83%.

Existe um piso de internamento dedicado apenas a demências, que possibilita estabilização de uma situação clínica particular, tratamento de alterações comportamentais, otimização da autonomia para regresso ao domicílio e cuidados de conforto em fases avançadas da demência.

Possui igualmente consulta externa de Fisiatria, Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Neurologia, Psiquiatria, Psicologia e Nutrição.

4.2. Metodologia de Trabalho

Diariamente era realizada a avaliação clínica dos doentes internados, segundo uma abordagem multidisciplinar. Na admissão eram incluídas o motivo da admissão, as patológicas médicas prévias, medicação habitual, internamentos anteriores e feita a determinação do estado funcional, cognitivo, nutricional e social por diferentes profissionais de saúde. Era realizada entrevista ao doente e seus familiares para completar a história clínica e compreender algumas preocupações e dúvidas existentes nos cuidadores. Foram solicitados os exames complementares de diagnóstico adequados à doença atual de cada doente idoso e preenchida a medicação recomendada durante o internamento. Todas as informações recolhidas diariamente eram registadas no diário clínico.

Semanalmente havia uma reunião multidisciplinar, com a presença do representante de cada um dos diferentes profissionais envolvidos nos cuidados de saúde desse doente. Eram igualmente discutidos a situação clínica e as intercorrências durante o internamento, a progressão da reabilitação e desenvolvido um plano conjunto de seguimento para cada doente. Estes planos podiam integrar reeducação de atividades diárias, medidas de controlo comportamental, reforço muscular, reeducação postural e melhoria da mobilidade, treino de uso de ajudas técnicas, estimulação cognitiva e aconselhamento familiar. Todas as medidas farmacológicas ou não farmacológicas adotadas visavam promover a autonomia e independência do doente, e melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida.

Também uma vez por semana era realizada uma reunião apenas com a equipa médica, contando por vezes com o parecer de uma colega de medicina interna, onde eram discutidos casos clínicos complexos e instáveis e delineado uma intervenção terapêutica conjunta.

Na altura da alta, planeada previamente em conjunto com os familiares, era elaborada uma nota de alta com o resumo do internamento e elaborado um plano de tratamento, referência adequada e orientações para o domicílio ou instituição geriátrica. Os doentes idosos após alta, sempre que justificado, podem manter o programa de reabilitação motora no Centro de Dia.

4.3. Caracterização estatística dos doentes

Durante o estágio clínico de Geriatria foram observados 17 doentes idosos internados, sendo maioritariamente do sexo feminino (64,7%). Relativamente à distribuição por grupo etário, tal como se verifica na Figura 4, predomina o grupo etário entre os 80 e 84 anos, com uma média de idades de 79 anos. Todas as admissões foram eletivas, com a tipologia de convalescença.

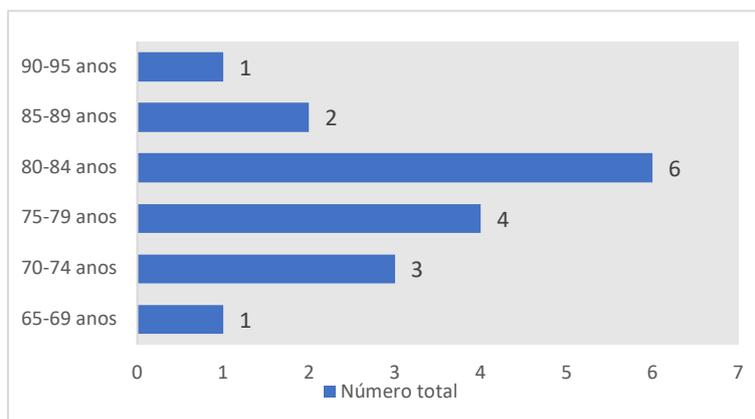


Figura 4 – Distribuição por grupo etário dos doentes idosos observados no internamento (Fonte: base de dados pessoal)

Relativamente aos motivos de internamento, no Quadro IX, o principal diagnóstico na admissão foi fratura do colo do fémur. Como podemos verificar o internamento está particularmente dirigido para doentes idosos em período pós-cirúrgico/pós-agudo para reabilitação funcional e controlo sintomático, e estabilização de doenças crónicas descompensadas que já não necessitam de cuidados por parte de um hospital de agudos, para otimização global. O Hospital do Mar tem um serviço de reabilitação dedicado a doentes com status pós-AVC, que permite minimizar as incapacidades mais frequentes decorrentes do AVC e outras mais complexas, com o apoio de diferentes terapeutas.

Quadro IX – Motivos de internamento na Unidade de Geriatria

Motivo de internamento	N
Fratura do colo do fémur	3
Fratura da tibia	2
Insuficiência cardíaca descompensada	2
AVC isquémico	2
Politraumatismo	2
Pneumonia nosocomial	2
Fratura da coluna vertebral	1
Fratura da bacia	1
Úlcera de pressão grau IV	1
Status pós prótese total da anca	1

Entre os doentes idosos observados, 13 eram independentes e autónomos anteriormente ao internamento e 4 doentes necessitavam de apoio de cuidador por apresentar dependência moderada a grave nas atividades da vida diária. Em todas as situações e sempre que o estado cognitivo do doente o permitisse, o plano de reabilitação foi informado ao doente, tendo sido incentivado a participar ativamente nas decisões relativas ao seu tratamento e atividades diárias.

O tempo de internamento é variável consoante a história da doença atual e o programa de reabilitação delineado para cada doente, tendo a média de dias de internamento na unidade sido de 65 dias. Durante o estágio, foi registado o óbito de 1 doente por insuficiência cardíaca grave. Após a alta, 1 doente foi referenciado a uma instituição geriátrica e os restantes regressaram ao seu domicílio, tendo sido discutido com os cuidadores as exigências inerentes à situação dos doentes e o apoio necessário às suas particularidades.

Relativamente às comorbilidades dos doentes idosos observados (Quadro X), a hipertensão arterial foi a mais frequentemente registada (76,5%), seguindo-se a dislipidemia (58,8%) e o síndrome depressivo (35,3%). Relativamente a outros fatores de risco cardiovascular, a diabetes mellitus foi registada em 4 doentes idosos, a hiperuricemia e a obesidade em 2 doentes idosos. A DPOC tabágica foi observada em 5 doentes, mantendo todos a evicção tabágica no momento da avaliação.

Quadro X – Principais comorbilidades dos doentes idosos observados no internamento (Fonte: base de dados pessoal)

Problema de saúde	N	Problema de saúde	N
Hipertensão arterial essencial	13	Anemia crónica	3
Dislipidemia	10	Doença valvular	3
Síndrome Depressivo	6	Insuficiência venosa	3
Hipotiroidismo	5	Doença renal crónica	3
Insuficiência Cardíaca	5	Cardiopatia isquémica	3
DPOC	5	Hiperuricemia	2
Diabetes Mellitus	4	Hipoacusia	2
Fibrilhação Auricular	4	Défice cognitivo	2
Hiperplasia Benigna da Próstata	4	Gastrite crónica	2
Doença oncológica	3	Obesidade	2

Relativamente ao tratamento farmacológico habitual dos doentes idosos observados, destaca-se tal como observado no Quadro XI, os anti-hipertensores (70,5%), as estatinas (47,1%) e as benzodiazepinas (47,1%). Foram identificados múltiplos fármacos prescritos a cada doente

idoso em esquemas de dosagens complexos, que predispõem a falta de adesão, interações medicamentosas e reações farmacológicas adversas. Durante o internamento, foi realizada uma revisão terapêutica pormenorizada, avaliando cuidadosamente a indicação, efetividade e efeitos adversos dos fármacos usados, tendo sido suspensos ou reduzidos os considerados inapropriados ou ineficazes.

Quadro XI – Medicação habitual dos doentes idosos observados no internamento (Fonte: base de dados pessoal)

Tratamento farmacológico	N
Anti-hipertensores	12
Estatinas	8
Benzodiazepinas	8
Antidepressivos	6
Levotiroxina	5
Inibidores Bomba de Protões	5
Antidiabéticos orais	4
Anticoagulantes/Antiagregantes	4
Broncodilatadores	4
Inibidores da 5-α redutase	4
Laxantes	3

Durante o período de estágio, as principais intercorrências registadas (Quadro XII) foram a infeção do trato urinário em 35,3% dos doentes idosos, seguido pela anemia e obstipação em 29,4% dos doentes idosos internados. As infeções urinárias são consideradas um fator de risco para delirium e conduzem a um aumento do número de dias de internamento, estando frequentemente relacionados com o uso de catéter vesical, pelo que devem ser removidos de forma precoce no pós-operatório. A obstipação é também bastante comum nos doentes operados, sendo uma causa de readmissão hospitalar, cuja prevenção pode ser planeada atempadamente. A dor refratária foi uma intercorrência registada em 4 doentes, sendo por vezes difícil o seu controlo e necessitando de uma abordagem multimodal.

Quadro XII – Intercorrências registadas no internamento nos doentes idosos (Fonte: base de dados pessoal)

Intercorrências	N
Infeção do trato urinário	6
Anemia	5
Obstipação	5
Dor refratária	4
Distúrbios hidroeletrólíticos	4

Traqueobronquite aguda	3
Hipotensão ortostática	3
Lesão renal aguda	3
Delirium	3
Retenção urinária	2

As conferências familiares são uma ferramenta muito útil para auxiliar as famílias e maximizar o sucesso das intervenções. Tive a oportunidade de assistir a várias conferências realizadas em situações de agravamento do quadro clínico e de conflitos entre diferentes familiares envolvidos nos cuidados ao doente. Os objetivos das mesmas eram promover a adaptação emocional da família à situação de doença atual, a capacitação para a realização de cuidados ao doente potenciando a mobilização dos recursos familiares, apoiar na tomada de decisões, e prestar aconselhamento acerca de preocupações, expectativas e medos.

5. COMENTÁRIO FINAL

O estágio clínico no Serviço de Orto geriatria despertou a atenção para a necessidade de abordar as fraturas da extremidade proximal do fémur como um problema de saúde pública, com elevado impacto clínico e socioeconómico. As fraturas da extremidade proximal do fémur são, de acordo com a OMS, geradoras de perda de mobilidade e capacidade funcional, dor crónica e aumento da mortalidade. Entre os doentes com diagnóstico deste tipo de fratura, 10-20% acabam por falecer após um ano, 50% mantêm a perda de autonomia ou limitação motora e apenas 30% dos doentes voltam ao estado funcional prévio à fratura³. A sua incidência mundial tem vindo a aumentar nos últimos anos, acompanhando o aumento progressivo da esperança média de vida da população e a incidência da osteoporose.

De acordo com a literatura, a existência de uma fratura osteoporótica aumenta o risco de fraturas subsequentes, risco esse que se mantém aumentado até 10 anos após a primeira fratura⁴. Como médica de família tenho a oportunidade, pela relação continuada com os utentes, de identificar esse risco atempadamente. Este estágio permitiu-me desenvolver estratégias para o minimizar, nomeadamente estabilizando a massa óssea, tentando ao máximo potenciar a autonomia e independência do doente e evitar a sua institucionalização.

Relativamente à abordagem terapêutica das fraturas do fémur proximal verificámos que na maioria dos doentes idosos foi registado um tempo de espera cirúrgico superior a 48h, pela indisponibilidade de tempos cirúrgicos no bloco operatório, pela falta de recursos ou necessidade de estabilização de doença ou ajuste terapêutico. Considero ser pertinente a discussão e melhoria desta prática, tentando encontrar estratégias para a agilização do tratamento destes doentes, nomeadamente com a criação da linha verde de atendimento a idosos com fratura da extremidade proximal do fémur bem como a implementação de mais Unidades de Orto geriatria.

Sabemos hoje que os doentes idosos acompanhados por uma equipa de Orto geriatria têm maior probabilidade de regressar ao seu domicílio após a alta, desenvolvem um menor número de complicações pós-operatórias e um menor número de dias de internamento⁵. Foi igualmente estabelecido a relação com uma menor taxa de reinternamentos e inclusive com a satisfação dos profissionais de saúde que utilizaram uma abordagem multidisciplinar. Como tal, a nível

nacional, deveria ser ponderada a adoção deste modelo de cuidados, adaptado de acordo com as particularidades de cada centro hospitalar, para todos os doentes idosos ortopédicos.

O estágio clínico no Hospital do Mar foi o exemplo de uma modalidade de cuidados geriátricos centrado na otimização da independência funcional, na qualidade de vida, no conforto e dignidade dos doentes idosos. A equipa multidisciplinar que tive o prazer de acompanhar foi um exemplo de que a comunicação clara, frequente e eficiente entre os diferentes profissionais de saúde apresenta ganhos na recuperação do doente e potencia o seu rápido regresso ao domicílio.

No nosso país, a medicina hospitalar ainda se encontra vocacionada para diagnosticar, tratar ou estabilizar a doença aguda ou descompensação de doença crónica, perdendo de vista o doente como um todo. Não nos devemos esquecer que como médicos cabe-nos a nós também prevenir, preservar, apoiar, restaurar, maximizar a autonomia individual, o bem-estar percebido e a satisfação com a vida.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Direção-Geral da Saúde. Retrato da Saúde 2018
- 2- Farrell B, Mangin D. Deprescribing Is an Essential Part of Good Prescribing. Am Fam Physician. 1 de Janeiro de 2019
- 3- Branco JC, Felcissimo P, Monteiro J. A epidemiologia e o impacto sócio-económico das fracturas da extremidade proximal do fémur. Acta Reumatolo port. 2009
- 4- Bolding DJ, Corman E. Falls in the geriatric patient. Clin Geriatr Med 35 (2019) 115–126
- 5- Greestein AS, Gorczyca JT. Orthopedic Surgery and the Geriatric Patient. Clin Geriatr Med 35 (2019) 65–92
- 6- Direção-Geral da Saúde. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. 2017
- 7- Silva P, Luís S, Biscaia A. Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. Rev Port Clin Geral 2004;20:323-36
- 8- Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Avaliação geriátrica: http://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf.

7.ANEXOS

ANEXO I – Escala de Barthel – Avaliação das actividades básicas da vida diária

1. Alimentação	
10	Totalmente independente.
5	Necessita de ajuda para cortar a carne, o pão, etc.
0	Dependente.
2. Higiene/banho	
5	Independente (capaz de entrar e sair sozinho do banho).
0	Dependente.
3. Higiene/toilette	
10	Independente (capaz de lavar a cara, as mãos, de pentear, barbear, maquilhar).
0	Dependente.
4. Vestir-se	
10	Independente (capaz de vestir e despir roupa, abotoar, apertar sapatos).
5	Necessita de ajuda.
0	Dependente.
5. Micção	
10	Continência normal ou capaz de cuidar da algália.
5	Um episódio de incontinência por dia ou necessita de ajuda para cuidar da algália.
0	Incontinência.
6. Higiene intestinal	
10	Continência normal.
5	Ocasionalmente algum episódio de incontinência ou necessita de ajuda para aplicação de supositórios/enemas.
0	Incontinência.
7. Utilização da sanita	
10	Independente para ir ao WC, despir e vestir a roupa.

(continua)

7. Utilização da sanita

5	Necessita de ajuda para se sentar na sanita, mas limpa-se sozinho.
0	Dependente.

8. Transferência

15	Independente para ir do cadeirão para a cama.
10	Mínima ajuda física ou supervisão para ir para a cama.
5	Necessita de grande ajuda, mas é capaz de se manter sentado sozinho.
0	Dependente.

9. Deambular/marcha

15	Independente, caminha sozinho 50 m.
10	Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar 50 m.
5	Independente em cadeira de rodas sem ajuda.
0	Dependente.

10. Escadas

10	Independente para descer e subir escadas.
5	Necessita de ajuda física ou supervisão para descer e subir escadas.
0	Dependente.

_____ / 100 Pontuação final (soma das várias parcelas)

< 20: dependência total

20-35: dependência grave

40-55: dependência moderada

≥ 60: dependência ligeira

100: independente

ANEXO II – Escala de Lawton e Brody – Avaliação das atividades instrumentais da vida diária

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria
- 1 É capaz de marcar bem alguns números familiares
- 1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- 0 Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- 1 Realiza todas as compras necessárias independentemente
- 0 Realiza independentemente pequenas compras
- 0 Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- 0 É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- 1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- 0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- 0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- 0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- 1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- 1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- 1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- 0 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- 1 Lava sozinho toda a sua roupa
- 1 Lava sozinho pequenas peças de roupa
- 0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- 1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- 1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- 1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- 0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- 0 Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- 0 Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- 1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- 1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- 0 Incapaz de manusear o dinheiro

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

ANEXO III – Classificação Funcional da Marcha de Holden

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

ANEXO IV – Escala de Deterioração Global – GDS

Escala de Deterioração Global (GDS)

ESTÁDIO GDS	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
1. Ausência de Déficit cognitivo	Não há deterioração subjetiva nem objetiva
2. Déficit cognitivo muito ligeiro	Queixas de perda de memória (localização de objetos, nomes de pessoas, encontros, etc.)
3. Déficit cognitivo ligeiro	Compromisso em mais que uma área: <ul style="list-style-type: none">• Desorientação espacial• Evidência de baixo rendimento laboral• Dificuldade para recordar nomes, evidente para os familiares• Após a leitura retém pouca informação• Esquece a localização de objectos de valor• O déficit de concentração é evidente para o clínico• Ansiedade ligeira ou moderada• Inicia-se a negação como mecanismo de defesa
4. Déficit cognitivo moderado	Défices manifestos: <ul style="list-style-type: none">• Esquecimento de factos quotidianos recentes• Déficit na lembrança da sua história pessoal• Dificuldade de concentração evidente em operações de subtração• Incapacidade para planificar viagens, vida social ou realizar actividades complexas• Labilidade afectiva• Mecanismos de negação dominam o quadro• Conservada a orientação no tempo e pessoa, o reconhecimento de faces e pessoas familiares e a capacidade de viajar a lugares conhecidos
5. Déficit cognitivo moderadamente grave	<ul style="list-style-type: none">• Necessita de assistência em determinadas actividades básicas da vida diária (excepto higiene e alimentação)• É incapaz de recordar aspectos importantes da sua vida quotidiana• Desorientação temporo-espacial frequente• Dificuldade para contar para trás desde 40, de 4 em 4, ou desde 20 de 2 em 2• É capaz de reter o seu nome e o dos familiares mais íntimos
6. Déficit cognitivo grave	<ul style="list-style-type: none">• Esquece o nome dos familiares mais íntimos• Retém alguns dados do passado• Desorientação temporoespacial• Tem dificuldade para contar de 10 em 10 para a frente ou para trás• Pode necessitar assistência para actividades da vida diária• Pode apresentar incontinência• Recorda o seu nome e distingue os familiares dos desconhecidos• Há perturbação do ritmo diurno• Apresenta alterações da personalidade e da afectividade (delírio, sintomas obsessivos, ansiedade, agitação, agressividade e anedonia cognitiva)
7. Déficit cognitivo muito grave	<ul style="list-style-type: none">• Perda de todas as capacidades verbais (a linguagem pode ficar reduzida a gritos, grunhidos, etc.)• incontinência urinária• Necessidade de assistência na higiene pessoal• Perda das funções psicomotoras• Frequentemente observam-se sinais neurológicos

ANEXO V – Mini Nutritional Assessment

Triagem	
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
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 Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB < 22 1.0 = PB ≥ 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação do Estado Nutricional	
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/> estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/> desnutrido

References
 1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2005; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

ANEXO VI – Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage - versão curta

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

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15