



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Maria José de Sousa Varela Rebelo

ESTÁGIO EM GERIATRIA

VOLUME 1

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Geriatria orientada pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo e pela Dra. Benilde Teresa Rodrigues Barbosa e apresentada Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Junho de 2023

DEDICATÓRIA:

A Deus.

Aos Doentes

À memória de meus Pais.

*A IDADE NÃO É UMA BARREIRA.
É UM LIMITE QUE COLOCAMOS NA NOSSA MENTE.*

(Jackie Joyner-Kersey)

Iº ESTÁGIO CLÍNICO

ÍNDICE

Iº ESTÁGIO CLÍNICO	2
ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS.....	4
ABREVIATURAS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
I.INTRODUÇÃO	8
1.O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	8
2. O ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO.....	8
3. A MEDICINA NO IDOSO	10
3.1. A GERIATRIA	11
II.OBJETIVOS DO ESTÁGIO DO MESTRADO EM GERIATRIA.....	13
III.CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO	13
IV.O ESTÁGIO NA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA DO CHUC	14
1. DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES SEGUNDO IDADE E GÊNERO.....	17
V.O ESTÁGIO NA ENFERMARIA C DO CHUC	18
1. DOENTES DA ENFERMARIA SEGUNDO O GÊNERO E O GRUPO ETÁRIO.....	19
2. GRAU DE DEPENDÊNCIA SEGUNDO ÍNDICE DE KATZ	20
3. PROVENIÊNCIA DOS DOENTES	20
4. POLIMEDICAÇÃO	20
5. INTERNAMENTO NÃO PROGRAMADO	20
6. TEMPO DE INTERNAMENTO	20
7. DESTINO PÓS – ALTA	21
8. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	21
8.1. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	22
8.2. DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO	22
8.3. DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	23
8.4. DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	23
8.5. DOENÇAS INFECIOSAS E PARASITÁRIAS	23
8.6. DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS.....	23
8.7.NEOPLASMAS/TUMORES.....	24
9.DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS.....	24
9.1. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS	25
VI.CONCLUSÕES DO ESTÁGIO.....	26
VII.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS.....	28
IIº PREVENÇÃO DE QUEDAS NA CONSULTA DE GERIATRIA ESTUDO PILOTO.....	29

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Avaliação Funcional Breve	16
Quadro nº 2 – Doentes da consulta segundo grupos etários	17
Quadro nº 3 – Doentes da consulta segundo o género	18
Quadro nº 4 – Doentes da enfermaria segundo o género	19
Quadro nº 5 – Doentes da enfermaria segundo grupos etários	19
Quadro nº 6 – Doentes da enfermaria segundo a dependência	20
Quadro nº 7 – Destino Pós-Alta dos doentes da enfermaria	21
Quadro nº 8 – Categorias de Diagnóstico Principal dos doentes da enfermaria	22
Quadro nº 9 – Doenças do Aparelho circulatório	22
Quadro nº 10 – Doenças do Aparelho urinário	22
Quadro nº 11 – Doenças do Aparelho digestivo	23
Quadro nº 12 – Doenças do Aparelho Respiratório	23
Quadro nº 13 – Doenças infecciosas e parasitárias	23
Quadro nº 14 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	24
Quadro nº 15 – Neoplasmas/Tumores	24
Quadro nº 16 – Categorias de Diagnósticos Secundários	25
Quadro nº 17 – Principais Diagnósticos Secundários	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Doentes da consulta segundo grupos etários	17
Gráfico 2 – Doentes da enfermaria segundo grupos etários	19

ABREVIATURAS

ARS – Administração Regional de Saúde

AGG – Avaliação Geriátrica Global

AVD – Atividades da vida diária

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

IMC – Índice de massa corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviço de Atendimento Domiciliário

SNC – Sistema Nervoso Central

SU – Serviço de Urgência

TEP – Tromboembolismo pulmonar

U.E.- União Europeia

FMUC- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

RESUMO

Segundo as Nações Unidas, até 2050 o número de idosos (com 60 ou mais anos), tende a duplicar no mundo. Portugal, onde 23,4% das pessoas têm 65 ou mais anos é um dos países da U. E. com mais idosos em 2021. O envelhecimento da população deve-se à diminuição da natalidade e ao aumento da esperança de vida. Contudo, esta não foi acompanhada no país pelo aumento dos anos de vida saudáveis, existindo um número crescente de idosos com múltiplas doenças. A nível biológico, o envelhecimento é uma fase do desenvolvimento natural e progressivo, que determina alterações somáticas e funcionais no organismo. Contudo, o envelhecimento não progride igualmente em todas as pessoas e deve distinguir-se as suas manifestações fisiológicas (senescência), das patológicas (senilidade). Perante as dificuldades adicionais na abordagem médica aos idosos, Nacher, em 1912 fundou a Sociedade de Geriatria de Nova York. Em Portugal, idêntica sociedade viria a ser criada em 1951 por José Reis Jr. Em 2013 a Ordem dos Médicos viria a reconhecer a “competência em geriatria” e dois anos mais tarde foi criada no CHUC a consulta externa de geriatria, por proposta de Manuel Teixeira Veríssimo. Este estágio realizado na consulta externa de geriatria e na enfermaria C de medicina interna do CHUC, no âmbito do 2º ano do Mestrado em Geriatria da FMUC, decorreu de 14 de abril a 30 de novembro (2022), concluindo-se com um trabalho científico sobre Prevenção de Quedas. A consulta de geriatria encontra-se centrada no doente idoso e visa a prestação de cuidados de saúde holísticos. A articulação setorial e interinstitucional é frequente, na resolução de múltiplos problemas dos doentes. Constitui um instrumento fundamental desta consulta a Avaliação Geriátrica Global (adaptada no formato de Avaliação Funcional Breve), realizada em todas as primeiras consultas e regularmente nas consultas de revisão, sendo completada por outros instrumentos de avaliação, existindo anomalias. Salienta-se nesta consulta a revisão terapêutica, através da qual se procura diminuir a polimedicação; a prescrição de atividades de desenvolvimento cognitivo (desenho livre, cópia de textos, leitura, pintura); a educação para a alimentação e para o movimento... Na enfermaria C acompanhei as visitas da médica internista com competência em geriatria orientadora do estágio, constatei a valorização da relação médico – doente no processo terapêutico, a importância dada à observação médica dos idosos, à sua semiologia, à sua história clínica e ao acompanhamento do doente desde a entrada ao destino pós-alta. Durante o estágio foi avaliado o tempo de internamento, o diagnóstico principal, secundário, a medicação, entre outros parâmetros.

ABSTRACT

The World Health Organisation (WHO), predicts that by 2050 the world's population of people aged 60 and older will have doubled. Demographic ageing is a reality both in Europe and Portugal, where 23,4% of the population was more than 65 years old in 2021. Geriatrics has the objective of accompanying elderly people in this aging process, studying and preventing diseases and optimizing their quality of life as well as their caregivers.

The present work aims to describe the observational internship, (integrated in the Master's Degree in Geriatrics at the Faculty of Medicine of Coimbra), completed at the University Hospital of Coimbra (Internal Medicine Service - Nursery C and External Consultation of Geriatrics), with a total duration of 400 hours, in which I had the opportunity to assist doctor Benilde Teresa Barbosa with competence in geriatrics, who transmitted the knowledge to collaborate on the consultation in the period between April and November of 2022. During the internship in Nursery the patient's age, gender, polymedication, major and minor diagnosis was assessed...

Elderly people often have problems of an economic and social nature, so they need the help of other professionals (social workers, nutritionists, nurses, physiotherapists...) and the consultation carried out in intersectorial and interinstitutional articulation.

Key words: Elderly, Geriatric, Internship.

I. INTRODUÇÃO

1. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Segundo as Nações Unidas, estima-se que o número de idosos (com 60 ou mais anos) duplique no Mundo até 2050 e que o número de pessoas com 80 ou mais anos triplique. Atualmente, a Europa tem a maior percentagem de pessoas com 60 ou mais anos: 25%.¹

Portugal, com uma pirâmide etária invertida e um saldo fisiológico negativo, apresenta no censo de 2021 um número de pessoas residentes com 65 ou mais anos de 2.420.277, sendo considerado um dos países da União Europeia com mais idosos em 2021 (23,4%).²

No país, 25% das pessoas residiam sós em 2021, estimando-se que mais de seiscentas mil pessoas com 65 ou mais anos viverá nas mesmas condições em Portugal.

O envelhecimento demográfico deve-se ao aumento da esperança de vida da população e constitui também uma consequência da diminuição da natalidade, no nosso país.³

O aumento da esperança de vida constitui uma conquista civilizacional, que ainda não foi acompanhada no país por um aumento dos Anos de Vida Saudáveis. Assim, existe no país uma numerosa e crescente população idosa, muitas vezes sedentária e com múltiplas doenças, incapacidades, dificuldades sócio económicas, com frequência isolada e limitada por uma cultura marcada por um idadismo transversal.

2. O ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

Segundo Rafaela Veríssimo e Manuel Teixeira Veríssimo, a nível individual o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo do organismo, que determina alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas a todos os níveis:

» ao nível da composição corporal verifica-se uma diminuição da proporção da massa magra (do músculo, do osso, das vísceras, da água...) e aumento da proporção da massa gorda, por diminuição da massa magra; com alterações da farmacodinâmica, uma vez que os fármacos hidrossolúveis, em menor volume de distribuição alcançam o pico mais rapidamente, ao contrário dos lipossolúveis, tais como os medicamentos para o SNC.

¹ <https://unric.org/envelhecimento>

² www.ine.pt, Instituto Nacional de Estatísticas (censo de 2021).

³ Nazareth J.M., A adaptação da sociedade ao envelhecimento demográfico, Temas em Geriatria Clínica, 1ª Ed. Lidel (2021).

» ao nível cardiovascular, salienta-se que ao contrário dos outros órgãos o coração aumenta de volume e peso com o envelhecimento, diminuem os miócitos cardíacos, as válvulas cardíacas sofrem espessamento e calcificação, em particular a aórtica e a mitral.

A pressão arterial sistólica tende a aumentar (cerca de 35 mm), devido ao aumento da resistência vascular periférica e a pressão arterial diastólica mantém-se ou diminui.

Os reflexos barorreceptores diminuem a sua eficácia e cerca de 30% a 50% dos idosos sofrem de hipotensão postural, sendo maior o seu risco de quedas.

» ao nível do aparelho respiratório é notório o aumento do volume respiratório residual e a diminuição da capacidade vital, da capacidade de reserva expiratória e inspiratória e do volume expiratório máximo por segundo. A mucosa brônquica torna-se mais espessa, aumenta a produção de muco, diminuem os cílios brônquicos, assim como o reflexo da tosse, sendo mais frequentes as infeções respiratórias em organismos que, para além do referido, sofrem de diminuição das suas defesas imunitárias.

» ao nível do aparelho digestivo salienta-se a diminuição da saliva, a diminuição da coordenação neuromuscular do esófago (com aumento do risco de disfagia, regurgitação, dor retrosternal e de pneumonia por aspiração). No estômago há uma diminuição de produção de ácido clorídrico, assim como de fator intrínseco de Castle, que limitam respetivamente a absorção de ferro e de vitamina B12, o que contribui para a anemia nos idosos. Ao nível do cólon, a diminuição da motilidade contribui para a obstipação e o aumento de pressão intraluminal para a formação de divertículos.

» ao nível osteoarticular e muscular, as suturas do crânio ossificam, tornam o crânio uma peça única menos resistente a traumatismos. Os discos intervertebrais degeneram, provocando cifoses, dor e imobilização; assim como a cartilagem das articulações sinoviais originando artroses frequentes nas mãos, joelhos e pés. Diminui o número e o tamanho das fibras musculares tipo II, originando diminuição de força muscular, a qual poderá ser contrariada pelo exercício físico.

» ao nível da pele e anexos, verificam-se alterações várias desde diminuição da secreção sudorípara e sebácea, diminuição da gordura subcutânea periférica por redistribuição centrípeta e diminuição das pregas cutâneas dos braços.

» ao nível do SNC, o cérebro diminui, assim como os neurónios, as sinapses, os neuro mediadores, a mielina, o débito sanguíneo e a extração da glicose, com limitação dos processos mentais (memória, atenção, concentração, entre outros...)

Verifica-se ainda diminuição da coordenação neuromuscular, o que facilita a ocorrência de incidentes e acidentes por quedas, assim como a diminuição da qualidade de vida e aumento da dependência.

» o envelhecimento renal caracteriza-se por diminuição da massa renal e fibroesclerose generalizadas dos glomérulos. Diminui o fluxo sanguíneo e a filtração glomerular.

No idoso a função renal deve ser calculada considerando a idade, por exemplo através da fórmula de Gault-Cockcroft (Clarence da creatinina= (140-idade) x Peso /creatinina x 72) com um acréscimo de 0,85 na mulher.

Diminui a reserva funcional do rim sendo mais fácil a evolução para a descompensação renal, pelo risco de sobredosagem medicamentosa.

» o envelhecimento geniturinário traduz-se na mulher pela atrofia do útero, dos ovários e da vagina, ligamentos uterinos laxos, prolapso uterino e quistos frequentes nos ovários, com infecções urinárias frequentes e coito doloroso. No homem é frequente a hipertrofia benigna da próstata, a retenção urinária, a disúria, infecções urinárias mais frequentes, que podem conduzir à hidronefrose e à insuficiência renal.⁴

Contudo, o envelhecimento não afeta igualmente todas as pessoas e deve-se distinguir entre as suas manifestações normais, fisiológicas (senescência) e a sua apresentação patológica (senilidade).⁵

3. A MEDICINA NO IDOSO

A abordagem médica tradicional, aos mais diversos níveis, direcionada para o diagnóstico e tratamento de um órgão e de uma patologia, dificilmente ultrapassa a dificuldade de prestação de cuidados de saúde adequados a esta crescente população idosa, com as referidas alterações psicofisiológicas, polipatologias e polimedicação.

A nível hospitalar, não são raros os idosos que saem do internamento com maiores limitações físicas e psíquicas do que entraram, uma vez que estas instituições não estão ainda preparadas para os receber.⁶

Assim, constituem características clínicas do doente idoso a variação individual, a maior vulnerabilidade ao stress, uma menor capacidade de adaptação, maior dependência

⁴ Veríssimo R., Veríssimo M.T., 2 Alterações anátomo-fisiológicas do envelhecimento e suas consequências clínicas, Temas em Geriatria Clínica, Lidel (2021).

⁵Veríssimo R., Barbosa B., Veríssimo M.T.,Cap.13, Particularidades clínicas do doente idoso, Geriatria Fundamental Saber e Praticar, Cap. 13, Lidel (2021).

⁶Marques PM, Silva MS, Lambelho AR, Bartissol B., Clara JG, Plano Hospitalar para idosos, Lidel (2022).

funcional, maior gravidade da patologia com menor expressão semiológica, declínio funcional mais acelerado, maior tempo de recuperação, prognóstico mais dependente do doente do que da doença, maior morbidade e mortalidade perante as mesmas doenças.

No doente idoso as reações adversas à medicação são mais marcadas e frequentes; os sinais e sintomas característicos da doença podem não se apresentar ou ser menos evidentes e a doença pode ter uma apresentação atípica que, segundo Manuel Oliveira Carrageta, inclui as seguintes características: uma apresentação vaga e indefinida, uma apresentação modificada e ausência de sintomas. Com frequência os idosos consideram ser normal no envelhecimento a dispneia de esforço, a fadiga e o esquecimento, motivando atrasos no diagnóstico de várias patologias. Na ausência de sintomas típicos, muitas vezes a doença física pode manifestar-se através de sintomas psíquicos, como confusão, delírium ou síndromas geriátricas e os idosos apresentarem múltiplos problemas orgânicos, psicológicos e sociais.⁷

3.1.A GERIATRIA

Perante estas dificuldades Nacher (1863 – 1944), fundou em 1912 a Sociedade de Geriatria de Nova York e escreveu dois anos depois o livro: *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment*". Vinte anos depois a médica Marjorie Worren criou em Inglaterra a primeira Unidade de Cuidados Geriátricos e sistematizou a avaliação de doentes idosos, que constituiu uma primeira abordagem à Avaliação Geriátrica Global.

Bernard Isaacs (1924-1945) instituiu o termo Gigantes da geriatria para definir as cinco principais síndromes geriátricas: incontinência urinária e /ou fecal; imobilidade; instabilidade postural; insuficiência cerebral e iatrogenia, cujas características são a sua múltipla etiologia, evolução crónica, interdependência, tratamento complexo, diminuição da autonomia e exigência de prevenção precoce.

Outras síndromes importantes para a saúde dos idosos adicionaram-se aos definidos por Isaacs, entre os quais a fragilidade ou vulnerabilidade, a desnutrição, a obstipação, a depressão e ansiedade, falta de relacionamento social, dificuldades de comunicação, problemas no sono, insuficiência económica, úlceras de decúbito, problemas de visão e audição, disfunção sexual, entre outros...⁸

⁷ Carrageta M.O., Abordagem Clínica do doente idoso, Temas em Geriatria Clínica, 1ª Ed. Lidel (2021).

⁸ Verissimo M.T., Geriatria Fundamental Saber e Praticar, 1ª Ed. Lidel (2014).

Em 1951 José Reis Jr. Fundou a Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia a qual, depois da sua reorganização desenvolveu atividades formativas através de dezenas de congressos médicos.

Em 1989, o Relatório técnico da OMS (nº 779), enunciou os seguintes princípios:

» As pessoas idosas devem ser reconhecidas como constituindo um grupo específico com vista à planificação dos cuidados.

» Os cuidados de saúde devem ser plenamente integrados nos Cuidados de Saúde Primários.

» A formação dos prestadores de cuidados primários, em Geriatria e Gerontologia, deve permitir-lhes ser capaz de diagnosticar e de tratar os problemas correntes dos idosos.

» Serviços especializados de Geriatria assegurados por equipas multidisciplinares devem estar disponíveis para apoiarem os prestadores de cuidados primários.

Assim, a geriatria constitui uma das especialidades mais recentes e fundamentais da história da medicina e vem alargando a sua ação nomeadamente na Europa, na América latina e no Brasil.

Segundo Ermida J.G., em Portugal em 2009 foi criado o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI) e no ano seguinte, as Faculdades de medicina de Coimbra e de Lisboa iniciaram a sua atividade formativa nesta área, em articulação com os hospitais.

A primeira Unidade Geriátrica abriu em Lisboa no Centro Hospitalar Norte, em 2010 e no ano seguinte a primeira consulta externa de Geriatria, no referido Centro hospitalar.

A Ordem dos Médicos reconheceu a 30 de maio de 2013 a “Competência em Geriatria”.⁹

Em maio de 2015, por proposta de Manuel Teixeira Veríssimo foi criada no CHUC a Consulta externa de Geriatria, com uma visão holística dos problemas do doente. Para além dos médicos, propunha-se integrar na consulta outros profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social, o nutricionista e eventualmente o fisioterapeuta.¹⁰

⁹Ermida J.G., Geriatria e Gerontologia: Cap. 1. Esboço Histórico, Geriatria fundamental Saber e Praticar, 1ª Ed. Lidel (2014).

¹⁰ Consulta de Geriatria do CHUC: um sonho antigo concretizado, justNews (outubro/2015).

II. OBJETIVOS DO ESTÁGIO DO MESTRADO EM GERIATRIA

1. Integrar os conhecimentos teóricos adquiridos no 1º Ano do Mestrado em Geriatria na prática clínica.
2. Melhorar a identificação dos principais problemas de saúde física, psíquica e social dos doentes idosos e das suas particularidades biológicas, psicossociais e clínicas.
3. Promover a correção de diagnósticos, nomeadamente diferenciais entre envelhecimento fisiológico e patológico, assim como o uso adequado dos meios complementares de diagnóstico, da aplicação dos instrumentos de avaliação geriátrica e adaptação da terapêutica aos doentes idosos.
4. Conhecer as perspetivas e dialogar com doentes idosos sobre um envelhecimento saudável, estilos de vida e comportamentos saudáveis.
5. Contribuir para a definição de estratégias de Educação para a Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção da doença nos idosos.

III. CARACTERIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O Estágio do Mestrado em Geriatria (com carácter observacional) iniciou-se a 14 de abril e concluiu-se a 30 de novembro de 2022, sob orientação do Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo e da Sra. Dra. Benilde Teresa Barbosa e realizou-se no serviço de Medicina Interna do CHUC, sob direção da Senhora Professora Doutora Lélita Santos.

De 14 de abril a 24 de novembro de 2022, o Estágio teve lugar na Consulta externa de Geriatria, às quintas-feiras, prolongando-se até ao fim do primeiro trimestre de 2023, com a elaboração do Relatório de Estágio.

Entre 22 de abril e 14 de outubro de 2022, o Estágio decorreu na Enfermaria C do Serviço de Medicina Interna do CHUC, às sextas-feiras e de 8 de setembro a 13 de outubro de 2022 realizou-se também às quintas-feiras no referido serviço.

No âmbito do Trabalho Científico deste Estágio, desenvolveu um projeto piloto de Prevenção de Quedas nos doentes da Consulta Externa de Geriatria, realizado num processo de Promoção da Saúde, com associação de metodologias qualitativas frequentemente usadas na área da Psicologia e da Terapia Familiar.

IV. O ESTÁGIO NA CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA DO CHUC

A consulta de Geriatria teve início no CHUC em maio de 2015, por proposta do Sr. Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, respondendo à necessidade de dar um adequado atendimento médico a uma crescente população idosa, com características somáticas e psíquicas particulares e frequentemente sofrendo polipatologias e polimedicação.

Inicialmente, esta consulta integrava outros profissionais de saúde, para além de médicos e enfermeiros, tais como psicóloga, assistente social e nutricionista.

A consulta externa de geriatria que frequentei no serviço de Medicina Interna C do CHUC, encontra-se centrada no doente e visa a prestação de cuidados de saúde holísticos físicos, psíquicos e sociais em articulação intersectorial e interinstitucional, sempre que possível.

A Avaliação Funcional Breve sendo uma adaptação realizada na consulta de geriatria da Avaliação Geriátrica Global, constitui um instrumento fundamental desta consulta, tal como o exame físico, a observação ou solicitação de exames complementares de diagnóstico e a prescrição terapêutica medicamentosa e ocupacional.¹¹

Esta Avaliação Funcional Breve é realizada em todas as primeiras consultas e regularmente nas consultas de revisão, sendo completada quando existem resultados anormais por instrumentos de avaliação adequados e completos, tais como: a Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage,1983), o Mini Mental State Examination (MMSE), o Índice de Barthel, o Mini nutricional assessment e a Escala de Gijón.¹²

A Avaliação Funcional Breve faz uma primeira abordagem às seguintes áreas de avaliação: AVD, incontinência urinária, nutrição, depressão, estado mental, avaliação social. (Quadro 1):

¹¹ Gonçalves J.D.O., Relatório de Estágio em Geriatria, FMUC (2020).

¹²Seabra A.B.C., Avaliação Multidisciplinar do Idoso – A experiência da consulta de Geriatria do CHUC, FMUC (2019).

Quadro 1 - AVALIAÇÃO FUNCIONAL BREVE

Área de Avaliação	Procedimentos	Sim	Resultado Anormal	Orientação
AVD	Levanta-se da cama sem ajuda? Veste-se sozinho?			Índice Barthel
Incontinência Urinária	Perdeu urina ou alguma vez Molhou a roupa íntima?			Índice Barthel
Nutrição	Peso _ Altura _ IMC _ Perímetro da perna _ cm Perímetro abdominal _ cm		IMC: <21 Desnutrição > 21<25 Risco de Desnutrição > 30 Obesidade Perímetro da perna < 31 Risco de Desnutrição	Mini Nutricional assessment
Depressão	Sente-se muitas vezes Triste ou deprimido?		Sim	Escala de Depressão Geriátrica
Estado Mental	Diga e decore as palavras: “carro, bola, vaso” repetir após 1 minuto. Desenhar relógio analógico às 11h e 10 m		Não repetir 1 palavra. Não ter todos os números e os ponteiros não marcarem a hora	Mini Mental Test
Avaliação social	Situação habitacional: Própria Arrendada Outra _____			

Avaliação Social	Com quem vive só _ (1pts) Com família natural: Família de acolhimento _ Em Instituição _ Outra: _ De quem recebe apoio: Centro de Dia _ SAD _ Familiares _ Vizinhos _ Outros: Sem apoio social (1pts) Rendimento mensal do Agregado familiar:		5 pts – Risco 2-4 – Necessidade de apoio Social 0-2 pts: sem necessidade 0-2 pts: sem necessidade de apoio social > 2pts Escala de Gijón
------------------	---	--	---

Para além de se realizarem os índices e as escalas de avaliação, em cada consulta avaliam-se e registam-se as biometrias dos doentes: tensão arterial, frequência cardíaca, peso, IMC, perímetro da perna e perímetro abdominal.

Solicita-se informação sobre as queixas do doente e a sua evolução, procede-se à revisão da sua lista de problemas. Questionam-se os doentes sobre intercorrências desde a última consulta, doenças agudas, agudização de doença crónica, idas ao SU, internamentos, apoios sociais, domiciliários e eventual institucionalização.

Avaliam-se os exames complementares de diagnósticos pedidos na consulta anterior, ou solicitados por Medicina Geral e Familiar.

Na consulta de geriatria procede-se à revisão da medicação, procurando diminuir a polimedicação e fazendo a revisão de possíveis interações com vista à prevenção da iatrogenia.

Para melhorar a atividade cognitiva prescreve-se o desenho livre, o trabalho de cópia de textos, a leitura e a pintura. Nesta consulta realiza-se educação para a alimentação e promove-se o exercício físico, quando necessário.

No segundo semestre de 2022 realizou-se um estudo piloto sobre Prevenção de quedas dos doentes da consulta de geriatria (IIº).

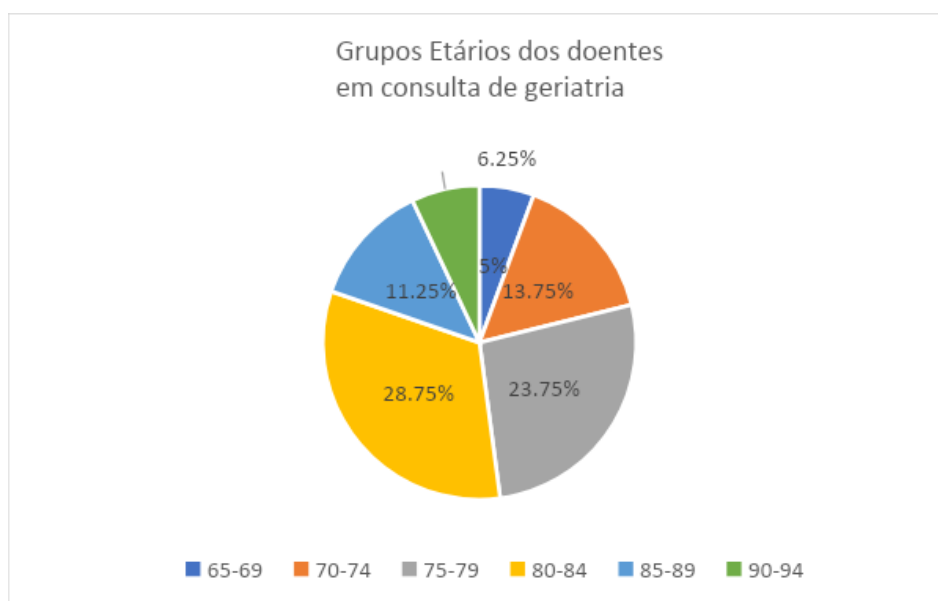
A distribuição dos doentes segundo a idade e o género, que frequentaram esta consulta no referido período, encontra-se no gráfico 1 e quadro nº 2.

1.DISTRIBUIÇÃO DOS DOENTES SEGUNDO IDADE E GÉNERO

A consulta externa de Geriatria decorre no serviço de Medicina Interna do CHUC às quintas-feiras, em cada uma das quais são atendidos cerca de quatro doentes.

Durante o meu Estágio, de abril a novembro de 2022, contabilizei 80 doentes, com a seguinte distribuição segundo os Grupos etários:

Gráfico nº 1 - DOENTES DA CONSULTA SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS



A maioria dos doentes (28,75%) em número de 23 pertence ao grupo etário de 80-84 anos. Em segundo lugar, o grupo etário de 75-79 anos tem uma representatividade de 23,75%. Em terceiro lugar surgem 19 doentes pertencentes ao grupo etário de 70-74 anos (13,75%) e em quarto lugar 9 doentes pertencentes ao grupo etário de 85-89 anos (11,25%). Os 9 doentes com 64 anos ou menos representavam 11,25% dos doentes em consulta no referido período. Com menor representatividade encontram-se os grupos etários extremos de 65-69 anos (5%) e o de 90-94 anos (6,25%).(Gráfico nº 1 e Quadro nº2)

Quadro nº2 DOENTES DA CONSULTA SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS

<64 anos	65-69anos	70-74anos	75-79anos	80-84anos	85-89anos	90-94anos
9 (11,25%)	4 (5%)	11 (13,75%)	19 (23,75%)	23(28,75%)	9 (11,25%)	5 (6,25%)

A distribuição dos doentes segundo o género indica que mais de metade dos doentes (67,5%) em número de 54 pertenciam ao género feminino; enquanto 26 doentes (32,5%) pertenciam ao masculino. (Quadro nº3):

Quadro nº3 – DOENTES DA CONSULTA SEGUNDO O GÉNERO

GÉNERO MASCULINO	%	GÉNERO FEMININO	%	TOTAL
26 Doentes Homens	32,5%	54 Doentes Mulheres	67,5%	80 (100%)

V– O ESTÁGIO NA ENFERMARIA C DO CHUC

O serviço de Medicina Interna do Polo A do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC) é dirigido pela Sra. Professora Doutora Lélita Santos. Este serviço dispõe de uma importante Biblioteca, de uma sala de médicos equipada com computadores, de uma sala de realização de Gasometrias, de salas de consulta externa e de cinco enfermarias (A, B, C, D e E). A enfermaria C, onde realizei o meu estágio, dispõe de vinte e oito camas.

O Sr. Professor Doutor Pereira de Moura é o responsável pela enfermaria C, que dispõe de seis quartos individuais, de um salão com seis camas e de quartos de três camas, todos com o equipamento necessário ao funcionamento de um moderno hospital. As equipas médicas dos diferentes sectores são responsáveis por 5 a 6 camas da Enfermaria.

Durante o Estágio observacional do Mestrado em Geriatria assisti e participei nas visitas médicas da Sra. Dra. Benilde Barbosa e internos, aos doentes internados.

À entrada no serviço é efetuada a Avaliação Funcional Breve, avaliado o Índice de Katz e aplicadas Escalas de Avaliação adequadas, sendo ainda avaliado o estado de nutrição, medidas antropométricas de peso, altura, IMC, perímetro geminal e parâmetros vitais. A medicina encontra-se centrada no doente e em todos os seus problemas de saúde.

A médica orientadora do estágio salientou a importância de a história clínica ser colhida detalhadamente e para além do motivo de internamento, dela fazerem parte os antecedentes pessoais patológicos e não patológicos (alcoólicos, tabágicos, alimentares, sexuais...), medicação habitual, antecedentes familiares, epícrise, hipóteses de diagnóstico e exames complementares. É colhida informação sobre alergias, estado vacinal, situação social (se vive só ou acompanhado, estado civil, coabitantes, tipo de domicílio, existência de cuidadores formais ou informais, serviço de apoio domiciliário, frequência de Lar ou centro de dia, rendimentos...)

A observação clínica foi orientada considerando a importância da semiologia, da observação da evolução da doença, do diagnóstico e da medicação, considerando as especificidades dos doentes (com média de idades de 78,6 anos), que constituíam uma população de elevado grupo etário.... Os doentes observados na enfermaria encontravam-se distribuídos pelos seguintes grupos etários e género. (Quadros nº4, 5 e gráfico nº2):

1. DOENTES DA ENFERMARIA SEGUNDO O GÉNERO E O GRUPO ETÁRIO

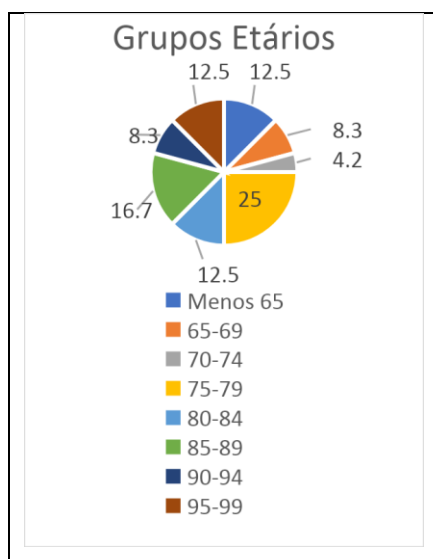
Quadro 4 – DOENTES DA ENFERMARIA SEGUNDO O GÉNERO

Género	Número	%
Feminino	16	66%
Masculino	8	34%
Total	24	100%

Durante o referido período de Estágio observei na enfermaria 24 doentes, 66% do sexo feminino (16) e 34% do sexo masculino (8), que não são necessariamente representativos dos doentes internados no CHUC (Quadro 4).

O grupo Etário mais prevalente foi o de 75-79 anos (25%), seguido pelo de 85-89 anos. A média de idades foi de 78,6 anos. (Quadro nº 5 e gráfico nº 2)

Gráfico 2 – DOENTES DA ENFERMARIA SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS



Quadro 5 –DOENTES DA ENFERMARIA SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS

Grupos Etários	Nº	%
Menos de 65	3	12,5
65-69 anos	2	8,3
70-74 anos	1	4,2
75-79 anos	6	25
80-84 anos	3	12,5
85-89 anos	4	16,7
90-94 anos	2	8,3
95-99 anos	3	12,5

2.GRAU DE DEPENDÊNCIA SEGUNDO O ÍNDICE DE KATZ

À entrada na enfermaria 7 doentes encontravam-se “totalmente dependentes”, com 0 pontos. Dois doentes, com 2 pontos, encontravam-se muito dependentes. Quinze doentes, apresentavam um Índice de Katz de 6 e encontravam-se “Independentes” (Quadro 6):

Quadro 6 –DOENTES DA ENFERMARIA
SEGUNDO A DEPENDÊNCIA

GRAU DE DEPENDÊNCIA	Nº	%
Índice de KATZ 0	7	29,2
Índice de KATZ 6	15	62,5
Índice de KATZ 1	2	8,3

3.PROVENIÊNCIA

A maioria dos doentes (54,2%), em número de 13 provinham do domicílio e recorreram ao serviço de urgência do CHUC.

Quatro doentes (16,7%), foram enviados pelo Lar onde residiam ao Serviço de urgência do CHUC. Dois doentes eram provenientes de Unidades de Cuidados Continuados e foram enviados ao serviço de urgência do CHUC. Um doente foi enviado de uma Unidade de Cuidados Intensivos. Dois doentes eram provenientes do SU.

4.POLIMEDICAÇÃO

No grupo observado 92% dos doentes (22) encontravam-se polimedicados, com pelo menos 5 fármacos.

5.INTERNAMEAMENTO NÃO PROGRAMADO

O internamento não foi programado para 96% dos doentes, em número de 23 e foi eletivo para 1 doente (4%).

6.TEMPO DE INTERNAMENTO

O tempo de internamento do grupo foi de 274 dias, com uma média de 11,4 dias por doente.

7.DESTINO PÓS-ALTA

O destino pós-alta foi a Consulta Externa, para a maioria dos doentes (50%), em número de 12. A ARS – Centro de Saúde foi o encaminhamento dado a 3 doentes (12,5%). Outro hospital foi o destino pós-alta de 2 doentes (8,3%). Em quatro Casos os doentes foram encaminhados para um destino não referenciado. Dois doentes faleceram.

Um doente foi enviado a Reabilitação. (Quadro 7):

Quadro 7 – DESTINO PÓS-ALTA DOS DOENTES DA ENFERMARIA

DESTINO PÓS ALTA	Nº	%
Outro Hospital	2	8,3
ARS – Centro de Saúde	3	12,5
Consulta Externa	12	50
Exterior (Não referenciado)	4	16,7
Reabilitação	1	4,2
Faleceu	2	8,3

8.DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Segundo o padrão epidemiológico do país, o diagnóstico principal classifica em primeiro lugar as Doenças do Aparelho Circulatório, que se destacam neste grupo de doentes, sendo responsáveis por 37,5% dos internamentos, em número de 9.

Em segundo lugar, as Doenças do Aparelho Urinário foram a causa de 5 internamentos (20,8%), seguidas pelas doenças do Aparelho digestivo, responsáveis por 16,7% dos internamentos (4).

No grupo observado, as Doenças do Aparelho Respiratório afetaram 2 doentes, 8,3%.

Devido à epidemia de Covid 19, as Doenças infecciosas foram responsáveis por 8,3% dos internamentos (2).

Por último, as Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais, assim como os Tumores, afetaram 1 doente em cada uma destas categorias, numa percentagem de 4,2% (Quadro 8):

Quadro 8 – CATEGORIAS DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DOS DOENTES DA ENFERMARIA

CATEGORIAS DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Nº	%
IX – Doenças do Aparelho Circulatório	9	37,5
XIV – Doenças do Aparelho Urinário	5	20,8
XI – Doenças do Aparelho Digestivo	4	16,7
X – Doenças do Aparelho Respiratório	2	8,3
I – Doenças Infeciosas e Parasitárias	2	8,3
IV – D. Endócrinas, nutricionais/Metabólicas	1	4,2
II – Neoplasmas/ Tumores	1	4,2

8.1. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

As Doenças do Aparelho Circulatório foram diagnosticadas a nove doentes, quatro dos quais com Insuficiência Cardíaca Congestiva (44,5%), dois com Embolia Pulmonar (22,2%) e três respetivamente com Síndrome Coronário Agudo (11,1%), Pericardite (11,1%) e TEP (11,1%). (Quadro nº 9):

Quadro 9 – DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	Nº	%
Insuficiência Cardíaca Congestiva	4	44,5
Embolia Pulmonar	2	22,2
Síndrome Coronário Agudo	1	11,1
Pericardite	1	11,1
TEP	1	11,1

8.2. DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO

Entre as doenças do Aparelho Urinário destaca-se a Doença Renal Crónica e a Pielonefrite, que afetaram respetivamente dois doentes, (40%).

Um doente teve o diagnóstico de Lesão Renal Aguda (20%). (Quadro 10):

Quadro 10 – DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO

DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO	Nº	%
Doença Renal Crónica	2	40
Pielonefrite	2	40
Lesão Renal aguda	1	20

8.3. DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

As doenças do Aparelho digestivo afetaram quatro doentes, respetivamente com Cirrose hepática, Hemorragia Digestiva, Encefalopatia Hepática e Colite pseudomembranosa, (25%). (Quadro 11):

Quadro 11 – DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO

DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	Nº	%
Cirrose Hepática	1	25
Hemorragia Digestiva	1	25
Encefalopatia Hepática grau IV	1	25
Colite Pseudomembranosa	1	25

8.4. DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

As doenças do Aparelho respiratório foram responsáveis pelo internamento de dois doentes, no referido período, por Infeção respiratória (50%) e Pneumonia (50%). (Quadro 12):

Quadro 12 – DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	Nº	%
Infeção respiratória	1	50
Pneumonia	1	50

8.5. DOENÇAS INFECIOSAS E PARASITÁRIAS

As doenças Infeciosas e Parasitárias motivaram o internamento de dois doentes por Infeção SARs Cov2. (Quadro nº 13)

Quadro 13 – DOENÇAS INFECIOSAS E PARASITÁRIAS

DOENÇAS INFECIOSAS E PARASITÁRIAS	Nº	%
Infeção SARS COV 2	2	100

8.6. DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS

A Acidemia láctica esteve na origem do internamento de um doente. (Quadro 14):

Quadro 14 – DOENÇAS ENDÓCRINAS/NUTRICIONAIS/METABOLICA

DOENÇAS ENDÓCRINAS/NUTRICIONAIS/METABÓLICAS	Nº	%
Acidemia láctica	1	100

8.7. NEOPLASMAS/TUMORES

Um doente com Hepatoma foi internado, durante o referido período. (Quadro 15):

Quadro 15 – NEOPLASMAS/ TUMORES

NEOPLASMA S/ TUMORES	N	%
Hepatoma	1	100

9. DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS

Em relação aos Diagnósticos Secundários, verificou-se que no referido período foram efetuados 101 diagnósticos, que correspondem a uma média de 4,2 diagnósticos por doente, de acordo com as características de múltiplas comorbilidades deste grupo de doentes, maioritariamente idosos, com uma média de idade de 78,6 anos.

A principal entidade nosológica encontrada, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID – 10) foram as doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas em número de 26 (25,7 %), seguidas pelas doenças do Aparelho Circulatório 17 (16,8%), as Doenças do Sangue, órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários 12 (11,9%). Seguiram-se as doenças do Aparelho Respiratório 11 (10,9%), as Doenças do Aparelho Geniturinário 11 (10,9%) e as doenças do Aparelho Digestivo 8 (7,9%). Apresentando menores valores observaram-se Neoplasmas, em número de 3 (3%), Algumas Doenças Infeciosas e Parasitárias em número de 3 (3 %), Transtornos Mentais e Comportamentais 3 (3%), Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo 2 (2%), Doenças do Olho e Anexos 2 (2%), Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais não classificados em outra parte 2 (2%) e Doenças do Sistema Nervoso 1 (1%).(Quadro 16):

Quadro 16 – CATEGORIAS DE DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS

GRANDES CATEGORIAS DE DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS	Nº	%
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	26	25,7%
IX – Doenças do Aparelho Circulatório.	17	16,8%
III – Doenças do Sangue, órgãos hematopoiéticos, transtorno Imunitário	12	11,9%
X – Doenças do Aparelho Respiratório	11	10,9%
XIV – Doenças do Aparelho Génito – Urinário	11	10,9%
XI – Doenças do Aparelho Digestivo	8	7,9%
II – Neoplasmas (Tumores)	3	3%
I – Algumas Doenças Infeciosas e Parasitárias	3	3%
V – Transtornos Mentais e Comportamentais	3	%
XII – Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	2	2%
VII – Doenças do Olho e Anexos	2	2%
XVIII -Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.	2	2%
VI – Doenças do Sistema Nervoso	1	1%

9.1. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS

Durante o período de estágio, os principais diagnósticos secundários efetuados foram os seguintes: Insuficiência respiratória em 9 doentes (8,9%); Anemia, diagnosticada a 7,9% dos doentes, em número de 9; Hipocaliemia em sete doentes (7%); Insuficiência cardíaca a 6 doentes (5,9%); Diabetes mellitus a 5 doentes (4,9%); Hiponatremia a 5 doentes (4,5%); Doença renal crónica, Lesão renal aguda e Hipertensão arterial diagnosticados respetivamente a 3 doentes (3%) e Síndrome confusional, dislipidemia e ferida no lábio e MSD, diagnosticados respetivamente a dois doentes (2%). (Quadro 17):

Quadro 17 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO	Nº	%
Insuficiência Respiratória	9	8,9%
Anemia	8	7,9
Hipocaliemia	7	7%
Insuficiência Cardíaca	6	5,9%
Diabetes Mellitus	5	4,9%
Hiponatremia	5	4,5%
Doença Renal Crónica	3	3%
Lesão Renal Aguda	3	3%
Hipertensão Arterial	3	3%
Fibrilação Auricular	3	3%
Hipernatremia	3	3%
Síndrome Confusional	2	2%
Dislipidemia	2	2%
Ferida no Lábio e no MSD	2	2%

VI. CONCLUSÕES DO ESTÁGIO

Na consulta externa de geriatria, assim como na enfermaria C, os atos médicos decorreram de acordo com as práticas de um moderno hospital europeu, no qual a abordagem médica geriátrica constitui prática corrente.

No estágio observacional realizado na consulta de geriatria tive oportunidade de observar oitenta doentes geriátricos, 67,5% do género feminino (54) e 32,5% do género masculino, em número de 26, de colaborar nas diversas fases do ato médico e de realizar um trabalho científico na consulta de geriatria.

Na enfermaria acompanhei as visitas da internista com competência em geriatria e dos internos e observei 24 doentes, 66% do género feminino em número de 16 e 34% do masculino em número de 8, com uma média de idades de 78,6 anos.

Através do índice de Katz verificou-se que à entrada 37,5% dos doentes se encontravam muito dependentes. Nove com um índice 0, totalmente dependentes e dois com um índice 1, muito dependentes. Quinze doentes eram independentes (62,5%)

A maioria dos doentes (54,2%) era proveniente do domicílio e tinha recorrido ao SU. Encontravam-se polimedicados 22 doentes (91,2%); o internamento não tinha sido programado em 96% dos casos (23 doentes); o tempo médio de internamento por doente foi 11,4 dias; o destino pós-alta foi a consulta externa para a maioria dos doentes (50%).

Seguindo o padrão epidemiológico do país, a primeira categoria de diagnóstico principal foram as Doenças do Aparelho circulatório (37,5), seguidas pelas do Aparelho urinário (20,8%), as do Aparelho digestivo (16,7%), as do Aparelho respiratório (8,3%) e as Doenças Infeciosas e Parasitárias (8,3%).

Realizaram-se 101 diagnósticos secundários nas seguintes principais categorias: doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas (25,7%), doenças do Aparelho circulatório (16,8%), doenças do Sangue, órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (11,9%), doenças do aparelho Respiratório (10,9%), doenças do aparelho Génito-urinário (10,9%) e doenças do aparelho Digestivo (7,9%).

Os objetivos do estágio foram globalmente alcançados, em particular o de *Contribuir para a definição de estratégias de Educação para a Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção da doença nos idosos*, através da realização do trabalho científico “Prevenção de quedas em Doentes da Consulta de Geriatria” (Estudo piloto).

VII.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS

1. <https://unric.org>>envelhecimento
2. www.ine.pt, Instituto Nacional de Estatísticas (2023).
3. Nazareth J.M., 1. A adaptação da sociedade ao envelhecimento demográfico, Temas em Geriatria Clínica, 1ª Ed. Lidel (2021).
4. Veríssimo R., Veríssimo M.T., 2. Alterações anátomo-fisiológicas do envelhecimento e suas consequências clínicas, Temas em Geriatria Clínica, Lidel (2021).
5. Veríssimo R., Barbosa B., Veríssimo M.T., Particularidades clínicas do doente idoso, Geriatria Fundamental saber e Praticar, Cap. 13, Lidel (2021).
6. Marques PM, Silva MS, Lambelho AR, Bartissol B., Clara JG, Plano Hospitalar para idosos, Lidel (2022).
7. Carrageta M.O., Abordagem Clínica do doente idosos, Temas em Geriatria Clínica, 1ª Ed. Lidel (2021).
8. Verissimo M.T., Geriatria Fundamental Saber e Praticar, 1ª Ed. Lidel (2014).
9. Ermida J.G., Geriatria e Gerontologia: esboço histórico, in Geriatria fundamental Saber e Praticar, 1ª Ed. Lidel (2014).
10. Consulta de Geriatria do CHUC: um sonho antigo concretizado, in justNews (outubro/2015).
11. Gonçalves J.D.O., Relatório de Estágio em Geriatria, FMUC (2020).
12. Seabra A.B.C., Avaliação Multidisciplinar do Idoso – A experiência da consulta de Geriatria do CHUC, FMUC (2019).

IIº - TRABALHO CIENTÍFICO

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM DOENTES DA CONSULTA DE GERIATRIA

- Estudo Piloto -

ÍNDICE DO TRABALHO CIENTÍFICO

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS	31
ABREVIATURAS	31
RESUMO	32
ABSTRACT	33
I.INTRODUÇÃO	34
II.O ESTADO DA ARTE	36
A – FATORES DE RISCO DE QUEDAS	36
B – ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE QUEDAS	37
➤ DGS – Norma 008/2019	37
➤ Programa de Prevenção de quedas em Idosos (2019 – 2022)....	38
➤ Estratégias da OMS (2010)	39
1. Pilares da prevenção de quedas nos idosos	39
2. Uma abordagem Multifatorial	39
3. A mudança dos idosos através de Educação para a Saúde	39
4. A atividade física no Idoso	40
5. A atividade física no Idoso com doença crónica	40
6. A Promoção da Saúde – Carta de Ottawa (1986)	41
➤ Um envelhecimento saudável e ativo	41
III. OBJETIVOS	43
IV. HIPÓTESES EM ESTUDO	43
V. METODOLOGIA	44
1. Tipo de Estudo	44
2. Grupo em Estudo	44
3. Colheita da Informação e Intervenção	44
4. Faseamento	45
VI. RESULTADOS	46
VII. DISCUSSÃO	48
VIII. CONCLUSÕES	50
IX. RECOMENDAÇÕES	51
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS	51

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Grupo em Estudo	46
Quadro 2 - Escala de Morse	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Taxa de incidência de quedas nos doentes - Consulta	50
--	----

ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatísticas

SNC – Sistema Nervoso Central

IMC – Índice de Massa Corporal

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

USF – Unidade de Saúde Familiar

AVD – Atividades da Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

WHO – World Health Organization

FC máxima – Frequência cardíaca máxima.

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
ha. - Habitantes

VO₂máx – Volume de Oxigénio máximo consumido durante atividade aeróbia.

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Ed. - Edição

RESUMO

Os custos diretos das quedas em Portugal estimaram-se em 56 milhões de euros, em 2016. A incidência da queda varia com diversos fatores, entre os quais a idade, sendo mais frequente e grave nos idosos.

A queda é com frequência o resultado da interseção de riscos extrínsecos ambientais com fatores intrínsecos, característicos do envelhecimento, tais como doenças musculoesqueléticas, neurológicas e deficits de visão que diminuem as defesas dos idosos. As quedas são a segunda principal causa de morte acidental no mundo. Segundo a OMS (2002-2004), em Portugal registaram-se 27,5 óbitos por 100.000 ha. devido a este problema de saúde. A OMS preconiza a mudança de comportamento dos idosos para enfrentar o problema e enfatiza os riscos do comportamento sedentário em idosos com doenças crónicas, salientando que *o exercício pode reduzir a taxa de quedas até 23%*.

Através deste trabalho realizou-se no CHUC um *estudo epidemiológico quase experimental* no segundo semestre de 2022. O estudo iniciou-se na consulta de geriatria, na qual se **controlaram os fatores de risco intrínsecos** dos doentes e se adotou um processo de Promoção da Saúde, tendo sido solicitada aos doentes a sua participação.

No presente estudo, com carácter piloto, associaram procedimentos qualitativos usados em Psicologia e Terapia Familiar no **controlo dos fatores de risco extrínsecos**.

Três meses após a consulta de geriatria repetiu-se, através do telefone, o processo de *Educação para a saúde em Promoção da saúde*, inquiriu-se os doentes sobre a sua situação de saúde, avaliou-se no trimestre a ocorrência de **novas quedas** e **50% dos doentes informaram ter corrigido os seus fatores de risco extrínsecos**.

Na sequência da intervenção, verificou-se uma **diminuição na incidência de quedas no grupo em estudo no 3º trimestre de 2022**, em relação à média da incidência trimestral de quedas (em período homólogo), antes da intervenção realizada na consulta de geriatria.

O resultado traduz a qualidade do controlo médico geriátrico dos fatores de risco intrínsecos. De igual modo traduz a exequibilidade da associação de métodos qualitativos usados em Terapia Familiar ao processo de *Educação para a saúde em Promoção da saúde* no controlo dos fatores de risco extrínsecos, sendo necessário realizar novos estudos para confirmação dos resultados obtidos através deste estudo piloto.

ABSTRACT

Falls are the second main cause of accident or death in the world, (OMS 2004). In Portugal, the direct costs of falls in the country in 2016 were estimated at 56 million euros.

The occurrence of falls depends on various factors, being more frequent and serious in the elderly.

An epidemiological study almost experimental was carried out, with a pilot character, in the CHUC Geriatrics consultation, in which a process of Education for Health in Health Promotion was adopted and qualitative methodologies used in Psychology and Family Therapy were associated, in the control of extrinsic risk factors.

In the Geriatrics consultation, a rigorous geriatric medical control of intrinsic risk factors was carried out.

Three months after the Geriatric consultation, the process of Education for Health in Health Promotion was repeated over the telephone, patients were questioned about their health situation, the occurrence of new falls was evaluated and 50% of the patients reported having corrected their extrinsic risk factors for falls.

Following the intervention, there was a decrease in the incidence of falls in the study group in the 3rd quarter of 2022, in relation to the average quarterly incidence of falls (in the same period), before the intervention carried out in the geriatric consultation.

It will be necessary to carry out further studies to confirm the results obtained in this pilot study.

Key words: Elderly, falls, health promotion

I.INTRODUÇÃO

Portugal, com uma pirâmide etária invertida e um saldo fisiológico negativo, apresenta um número de pessoas residentes com 65 ou mais anos de 2.420.277, sendo considerado um dos países da União Europeia com mais idosos (23,4%), segundo o censo de 2021.

O processo de envelhecimento caracteriza-se por alterações biológicas de degradação progressiva e natural do organismo. Estas alterações físicas, sensitivas, de coordenação motora e cognitivas dos idosos determinam limitações, tais como a diminuição de tolerância ao esforço, a diminuição da massa e força muscular, a diminuição da densidade mineral e massa óssea, alterações da propriocepção, do equilíbrio, da cognição, constituindo por si só um aumento do risco de quedas nos idosos.

Considera-se queda um “evento não intencional, resultando numa mudança de posição para um nível mais baixo em relação à posição inicial, excluindo as alterações intencionais, para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos” (O.M.S. 2007).

As quedas são particularmente importantes nos idosos, estimando-se que 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos e 32% a 42% das pessoas com mais de 75 anos caíam pelo menos uma vez por ano. Contudo, até aos 75 anos, as quedas sem gravidade são mais frequentes na mulher, em relação ao homem.

Em Portugal, alguns estudos estimam prevalências de lesões por queda de 76% entre os 65 e os 74 anos e de 90% nos grupos etários superiores a 75 anos, ocorrendo as quedas predominantemente no domicílio e em atividades de rotina.

As quedas são a causa mais frequente de lesão (fatal ou não fatal) em pessoas com mais de 65 anos e em 25% dos casos as quedas causam lesões fatais ou graves, nomeadamente fraturas e traumatismos crânio encefálicos, conducentes à perda de mobilidade e ao recurso a Instituições de terceira idade ou a Cuidados continuados.

Em Portugal, as fraturas do fémur proximal determinam uma mortalidade estimada em 20% a 30% no primeiro ano após fratura. Apenas 15% dos idosos readquirem o nível funcional anterior à queda e em 40% dos casos adquirem uma incapacidade grave.¹³

¹³ .Laíns J., Campos I., Almeida A. R., Melo D. M., Morais F.F., Violante M., Constantino J.; Quedas nos Idosos, in Geriatria Fundamental saber e praticar” - Cap. 33, 1ª Ed. Lidel (2014).

As quedas são o acidente doméstico mais frequente e a segunda principal causa de morte acidental em todo o mundo.

A mortalidade por queda aumenta com a idade, sendo seis vezes superior nas pessoas com mais de 80 anos, em relação às pertencentes ao grupo etário de 65-79 anos. Portugal encontrava-se em 9º lugar entre os países da União Europeia (EU-27), com valores de 27,5 óbitos por queda nos idosos, por 100.000 ha. (OMS 2002 – 2004).

Nas Instituições de terceira idade o risco de queda anual é de 30% a 50% e sofrem quedas recorrentes 40% das pessoas institucionalizadas.

O medo de cair é um importante fator de risco, relacionado com a diminuição da mobilidade, do equilíbrio, do bem-estar físico, do aumento do sedentarismo, da perda de independência, com maior prevalência no género feminino e nos mais idosos e frágeis.

Uma síndrome pós queda, caracterizada por algum grau de dependência, perda de autonomia, maior imobilização, isolamento, algum grau de depressão, maior restrição nas AVD e medo de cair, pode afetar 73% dos idosos que sofreram queda no ano anterior.

Os custos indiretos das quedas com o cuidador, a morbilidade e mortalidade são muito pesados para os idosos, assim como para as suas famílias e os custos diretos com visitas médicas, cuidados hospitalares e medicamentos estimaram-se em 56 milhões de euros no país, em 2016.¹⁴

Neste trabalho, após a revisão da literatura sobre o tema enunciam-se algumas das *estratégias de prevenção de quedas* mais relevantes na abordagem deste problema de saúde, no capítulo II (Estado da Arte).

A descrição dos Objetivos do trabalho apresenta-se no capítulo III (entre os quais se refere *promover a Prevenção Primária e Secundária de riscos de quedas em doentes da consulta, num processo de Promoção da Saúde*).

A Metodologia (capítulo V), constitui uma pesquisa exploratória de modelos de intervenção, que associa métodos quantitativos tradicionais dos estudos epidemiológicos a metodologias qualitativas aplicadas em intervenções na área da Terapia Familiar, numa abordagem realizada predominantemente na perspetiva do modelo cognitivo da Terapia focada na Solução de Steve de Shazer e Berg.¹⁵

¹⁴ Pedro R, Programa de Prevenção de Quedas nos Idosos, Gov. Regional Madeira (2017).

¹⁵ . Nichols P. M.; Schwartz C. R.; Terapia Familiar Conceitos e Métodos, Cap.12, 7ª Ed. Artemed (2007).

I. O ESTADO DA ARTE

A. Fatores de Risco de Quedas

Os fatores de risco de queda subdividem-se em fatores de risco intrínsecos, relacionados com a pessoa; extrínsecos, os ligados ao ambiente externo e os situacionais.

Entre os fatores de risco intrínsecos encontram-se a história de quedas (associada a um risco de recorrência de 50%), a idade, o género feminino, sofrer de doenças crónicas nomeadamente doenças neurológicas e músculo-esqueléticas, entre as quais a sarcopenia.

Apresentam maior risco idosos com diminuição da reserva funcional, perturbações do equilíbrio, da marcha, da visão, da audição, assim como os que sofrem com hipotensão postural, ou encontram-se sob medicação, sobretudo associada ao SNC: benzodiazepinas, antidepressivos, antipsicóticos, entre outras.

Os fatores de risco extrínsecos das quedas encontram-se relacionados com o ambiente e práticas de risco, sendo inerentes às condições da habitação, acessibilidade, iluminação, calçado, entre outros.

Os fatores de risco situacionais dependem das atividades, das situações e dos comportamentos.

Através da revisão de 41 trabalhos foram encontrados mais de 400 fatores de risco de quedas e em 8% das quedas nenhum fator foi encontrado. O risco de cair duplica por cada fator adicional. Na presença simultânea de 4 fatores, este foi avaliado em 78%.

Existe uma clara tendência em relação aos seguintes preditores de queda na velhice: idade avançada, género feminino, história de queda, distúrbios da marcha e do equilíbrio, baixa aptidão física, baixo IMC, diminuição da força, hipotensão postural, tontura, alteração cognitiva, depressão, doença neurológica, incontinência urinária, declínio da acuidade visual, problemas nos pés, risco ambiental e uso concomitante de vários fármacos.”¹⁶

O medo de queda pode conduzir ao sedentarismo, ao isolamento social, à imobilidade, diminuição de função e a nova queda.

¹⁶Falsarella G.R., Gasparroto L.P., Coimbra A.M.U.; Quedas: Conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da Literatura, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 17(4):897-910. Ed. Universidade do Estado de Rio de Janeiro, Brasil (2014).

B. Estratégias de Prevenção de Quedas

➤ DGS (Norma 008/2019)

1. A avaliação deve realizar-se na admissão, com reavaliações determinadas.
2. A pessoa deve ser informada sobre a avaliação, medidas preventivas e intervenção.
3. Deve ser efetuada educação para a saúde sobre fatores de risco de quedas, precauções básicas e medidas especiais.
4. Nas pessoas em Alto risco deve ser efetuada avaliação clínica multifatorial, incluindo:
 - a) História de quedas (número, causas, circunstâncias e consequências).
 - b) Comorbilidades (compromisso cognitivo, incontinência, alteração de visão, síndrome vertiginosa, síncope, patologia osteoarticular).
 - c) Adesão e revisão terapêutica (analgésicos, incluindo opiáceos, antipsicóticos, benzodiazepinas, antiépiléticos, anticonvulsivantes, anti hipertensores, antiarrítmicos, antidepressivos e diuréticos).
 - d) Exame objetivo:
 - * Avaliação da marcha e equilíbrio (através de um teste de rastreio).*
 - Exame neurológico incluindo avaliação cognitiva.*
 - Avaliação cardiovascular.*
 - Avaliação da acuidade visual e auditiva.*
 - Avaliação da força muscular
 - e) Incontinência urinária.
 - f) Exame podológico e do calçado e vestuário.
 - g) Avaliação do medo de cair.
 - h) Avaliação do estado nutricional.
5. Nas unidades de internamento devem ser tomadas todas as precauções contra os riscos.
6. Nas pessoas Sem Risco, ou Baixo Risco, as precauções básicas devem integrar o plano de cuidados individualizado.
7. Nas pessoas de Alto Risco deve elaborar-se um plano dirigido aos fatores de risco.
8. Na ocorrência de queda: deve efetuar-se o tratamento pessoal e o registo de queda. Deve realizar-se avaliação do risco de queda às pessoas em internamento hospitalar através da Escala de Morse.

Deve efetuar-se a notificação e descrição da queda, no sistema nacional de notificação de acidentes.

Na Nota de Alta e nas transições de cuidados informar sobre o grau de risco e a ocorrência de queda, se existir.

Deve realizar-se formação de pessoal e devem efetuar-se auditorias semestrais.

➤ **Programa Regional de Prevenção de Quedas em Idosos (2019-2022), do Governo da Região Autónoma da Madeira.**

Elaborado com o objetivo de dar ênfase à prevenção nas unidades prestadoras de cuidados de saúde e serviços de saúde, este programa desenvolve-se nos seguintes eixos:

- 1 – Vigilância Epidemiológica.
- 2 – Avaliar fatores de risco individuais e multifatoriais associados à queda.
- 3 – Implementar medidas corretivas e de mitigação do risco de queda.
- 4 – Capacitar os cidadãos para implementar medidas preventivas:

Implementar sessões individuais e coletivas de educação para a saúde, sobre fatores de risco de queda, proteção individual e controlo de fatores de risco externos;

Promover a adoção de hábitos de vida saudáveis;

Implementar parcerias com os centros de dia, juntas de freguesia para a promoção de atividades lúdicas e de lazer, promotoras do exercício físico.

Promover o acompanhamento do idoso e combater o seu isolamento, reforçando o suporte familiar.

Eixo 5 – Capacitar os profissionais de saúde para a prevenção de quedas:

- Reforçar no processo de integração de novos profissionais, a importância da cultura da notificação e análise de quedas na prática diária;
- Implementar formação obrigatória e regular nestas temáticas a todos os grupos profissionais da saúde envolvidos
- Planear sessões formativas com os Centros de Formação das Instituições de Saúde com conteúdos programáticos específicos
- Criar uma rede alargada de profissionais de saúde que sejam elementos de ligação entre as unidades de saúde e o programa de prevenção de quedas.
- Criar uma equipa multidisciplinar de peritos, para colaborar na análise dos fatores contribuintes das quedas e para o acompanhamento das medidas implementadas e a implementar
- Promover as dotações seguras dos profissionais em contexto de internamento e de visita domiciliária preventiva e corretiva.

➤ Estratégias da OMS¹⁷

1.A Pilares da Prevenção de Quedas nos Idosos:

- a. Construir a conscientização sobre a importância da prevenção e tratamento de quedas.
- b. Incrementar a avaliação dos fatores individuais, ambientais e sociais, que aumentam a probabilidade de quedas.
- c. Incentivar o design e a implementação de intervenções apoiadas por evidências, culturalmente apropriadas, que possam reduzir o número de quedas nos idosos. (OMS,2010).

2. Uma abordagem Multifatorial:

Segundo a OMS, numa Comunidade, os componentes de uma abordagem multifatorial bem-sucedida para os idosos residentes, devem incluir:

- a) Treino de equilíbrio e de marcha com uso apropriado de artefactos de apoio;
- b) Avaliação dos riscos ambientais e sua modificação;
- c) Revisão dos medicamentos e modificação do que seja necessário alterar;
- d) Tratamento dos problemas de visão;
- e) Tratar problemas dos pés e calçado;
- f) Tratar da hipotensão ortostática e de outros problemas cardiovasculares.
- g) Oferta de educação e treinamento

3. A Mudança dos idosos, através de Educação para a Saúde.

A **Educação**, aumenta a percepção e conscientização sobre as quedas e deve ser dirigida não só aos idosos, mas também às pessoas que lhes são significativas uma vez que os conselhos da família e de profissionais de saúde tendem a enfatizar que se evitem riscos, mais do que a preconizar que os idosos pratiquem atividades destinadas a melhorar a sua força e o seu equilíbrio.

¹⁷ Kalache A., Fu D., Yoshida S., Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice”, Secretaria de Estado da Saúde de S. Paulo, Brasil (2010).

A evidência mostra uma relação inversa entre a quantidade de atividade física realizada pelos idosos e o risco de limitação das suas funções físicas. O exercício pode reduzir a taxa de quedas até 23% em idosos e pode reduzir o risco de lesão por queda, fratura óssea, traumatismo craniano e outras lesões que requerem tratamento hospitalar.

4. A atividade física no idoso

A atividade física, particularmente em programas combinados de equilíbrio e força muscular, de moderada ou a grande intensidade, três ou mais dias por semana, melhora a capacidade funcional e encontra-se associada à redução do risco de queda.

O treino de força muscular, equilíbrio, endurance e treino funcional cardiorrespiratório, confere ainda os seguintes benefícios em adultos idosos: melhora os indicadores de todas as causas de mortalidade, de mortalidade por doença cardiovascular, hipertensão, neoplasias, diabetes tipo 2, beneficia a saúde mental (sintomas de ansiedade e depressão), saúde cognitiva e do sono e melhora a obesidade, entre outras doenças.

Assim, a OMS recomenda: “Todos os adultos idosos devem praticar atividade física regular, pelo menos 150-300 minutos de atividade física aeróbica moderada-intensa semanal; ou, pelo menos 75-150 minutos de atividade física aeróbica intensa.

Os idosos devem ter atividades de força muscular moderada a intensa, que envolva todos os grandes grupos musculares, em dois ou mais dias por semana.¹⁸

5. A atividade física no idoso com doença crónica

Como parte da sua atividade física, os idosos com doenças crónicas devem ter atividade física que desenvolva a função do equilíbrio e treino de força, com moderada ou grande intensidade, 3 ou mais dias por semana para melhorar a capacidade funcional e prevenir quedas. Não havendo contra-indicação, adultos e idosos com doença crónica, podem aumentar atividade física mais de 300 minutos, ou praticar mais de 150 minutos de atividade física aeróbica vigorosa; ou um equivalente da combinação de moderada e vigorosa intensidade de atividade durante a semana para obter benefícios adicionais.

¹⁸ www.oms.org recomendações para a atividade física e o comportamento sedentário (2020).

Quando não é possível, os adultos com doenças crónicas devem procurar desenvolver atividade física de acordo com as suas capacidades, realizar pequena quantidade de atividade física e gradualmente aumentar a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo. Em adultos, incluindo sobreviventes de cancro, ou doentes hipertensos, diabéticos tipo 2 e doentes com HIV, um comportamento marcadamente sedentário está associado às seguintes consequências:

- Aumento de todas as causas de mortalidade.
- Aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares.
- Aumento da mortalidade por câncer.
- Aumento da diabetes tipo 2.

Os doentes, com as doenças crónicas referidas, devem limitar o tempo sedentário e substituir o sedentarismo por atividade de qualquer intensidade (incluindo intensidade leve). O sedentarismo é responsável pela morte prematura de 5,3 milhões de pessoas por ano no mundo (WHO, 1997).

6. A Promoção da Saúde - CARTA DE OTTAWA (1986)

Na **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde**, a OMS elabora o conceito de **Promoção da Saúde**, como **o processo de capacitação da comunidade**, visando a sua qualidade de vida, através de maior **Participação**. Os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

➤ Um envelhecimento Saudável e Ativo

Nas várias estratégias de intervenção enunciadas está subjacente a finalidade de um envelhecimento Saudável e Ativo. Contudo, importa sistematizar a Prevenção Primária, dirigida à população idosa e a Secundária, dirigida aos doentes idosos que já sofreram quedas. Na elaboração de um programa de Prevenção Primária torna-se necessário avaliar para identificar Fatores de Riscos de queda e implementar medidas numa estratégia multidisciplinar e multiprofissional.

Esta abordagem exige o cumprimento de um plano de Educação para a Saúde. Implica intervenção na correção de fatores de risco no domicílio, assim como a reconciliação terapêutica (com limitação ou remoção de psicofármacos) e o controle de problemas de saúde dos doentes que possam contribuir para o aumento do risco de quedas.

A Prevenção Secundária, dirigida aos idosos que sofreram quedas, inicia-se com a resposta positiva a uma das três questões: Caiu no último ano? (Nº de quedas e lesões). Sente-se instável/ desequilibra-se quando está de pé ou anda? Tem medo de cair?

Uma resposta afirmativa determina avaliação funcional da marcha, da força muscular e do equilíbrio. Os testes *timed get up and go test*, *30 second chair stans*, *4 stage balance e turn 180°* são úteis, de fácil execução e devem ser complementados por uma Avaliação Multifatorial do risco.¹⁹

Estudos em pessoas com mais de 70 anos indicam que o exercício físico é a intervenção isolada que mais reduz a taxa anual de quedas, sendo esta redução maior quando associada a outras intervenções e que deve abranger todo os idosos que não apresentem contraindicação.

Os programas de prevenção de quedas para idosos englobam geralmente exercícios de fortalecimento muscular, de resistência, treino de equilíbrio estático e dinâmico, treino de coordenação, de flexibilidade e de marcha. Estes programas devem ser individualizados, ou programados para grupos homogêneos e definidos com a colaboração de fisiologistas do exercício, com apoio médico credenciado e auxílio de exames complementares de diagnóstico, incluindo sempre que possível a Prova de Esforço Cardiorrespiratória.

Nos idosos, a diminuição da força associa-se à perda de massa muscular por atrofia e redução das fibras musculares. Os exercícios de fortalecimento muscular, particularmente dos grandes grupos musculares e dos músculos dos membros inferiores e superiores, previnem e corrigem a diminuição da massa muscular, aumentam a densidade mineral óssea e previnem a ocorrência de quedas.

O treino de resistência aeróbio diminui a perda da massa muscular, aumenta a aptidão muscular e cardiovascular, atenuando a diminuição do VO₂ máximo; melhora o metabolismo da glicose e o perfil lipídico, diminui a pressão arterial e a acumulação de gordura corporal.

¹⁹ Carvalho A., Quedas no Idoso: Avaliação, Abordagem e Prevenção, Temas em Geriatria Clínica, Ed. Lidel (2021).

A fim de melhorar a função cardiorrespiratória, os idosos devem realizar exercício com intensidade mínima de 55-70% da FC máxima, adaptado e de baixo impacto articular, como por exemplo, caminhar, pedalar, nadar, dançar, entre outros.²⁰

Os exercícios de flexibilidade são mais importantes nos idosos com mobilidade diminuída, devem realizar-se no mínimo três vezes por semana, envolver todos os grandes grupos musculares do corpo, ter uma duração de 10 minutos, realizando-se quatro ou mais repetições por grupo muscular. O treino de marcha deve associar o treino de equilíbrio, mais adequado na prevenção de quedas. As artes marciais e o Tai Chi podem contribuir para o fortalecimento muscular e melhorar o equilíbrio.

II. OBJETIVOS DO TRABALHO

1. Diminuir a incidência de quedas nos doentes em estudo.
2. Conhecer os fatores de risco de quedas nos doentes da consulta de geriatria do CHUC.
3. Identificar doentes em Alto e Baixo risco de queda, segundo a escala de Morse.
4. Promover a Prevenção Primária e Secundária de riscos de quedas em doentes da consulta, num processo de Promoção da Saúde
5. Contribuir para o design de intervenções dirigidas à prevenção de quedas dos idosos na comunidade.

III. HIPOTHESES EM ESTUDO

1. Nos doentes seguidos em consulta de geriatria do CHUC a incidência anual de queda é superior à da população em geral.
2. Nos doentes seguidos em consulta de geriatria do CHUC a incidência de queda é superior à dos utentes seguida nos Centros de Saúde e USF.
3. A Intervenção através da Educação para a Saúde em Promoção da Saúde tende a diminuir a ocorrência de novas quedas.
4. Há menos acidentes por quedas em idosos que previnem os seus fatores de risco extrínsecos.

²⁰ Silva J.P.O., Relatório de Estágio O Idoso no contexto do exercício físico, Faculdade de Desporto Universidade do Porto (2017).

IV. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudo

Realizou-se um *Estudo epidemiológico quase experimental*²¹, por a intervenção se dirigir a todos os doentes em consulta. Assim, não foi organizado um grupo controlo, (sem intervenção), com o objetivo de nenhum doente perder o benefício da Intervenção preventiva de Quedas.

Constituindo a Carta de Ottawa e a **Promoção da Saúde**, um importante suporte conceptual da OMS, procurou-se realizar este trabalho adotando este **Processo de Promoção da Saúde**, sendo solicitado aos doentes, famílias e cuidadores a sua participação, desde a fase inicial, na realização deste trabalho.

2. Grupo em Estudo

Universo dos doentes seguidos na consulta de Geriatria do CHUC, que aceitaram participar e tinham condições físicas e psíquicas que o permitiam, no segundo semestre de 2022, durante o Estágio do mestrado em Geriatria.

3. Colheita de Informação e Intervenção.

A 1ª fase deste trabalho teve início em junho de 2022 e iniciou-se através de teste ao questionário e aos procedimentos a adotar. O estudo iniciou-se na consulta de geriatria. Para além do ato médico geriátrico, com a avaliação geriátrica global, realizou-se *Educação para a Saúde em Promoção da Saúde* e articulação intersectorial, sempre que possível, para a resolução de diversos problemas dos doentes.

Neste trabalho procurou-se colocar um número mínimo de questões sobre quedas aos doentes, a fim de não sobrecarregar excessivamente a consulta, procurando-se colher informação sobre história de quedas, causas e consequências; riscos intrínsecos e extrínsecos; medo de cair, se vive sozinho ou acompanhado e se pratica exercício físico. Efetuou-se, ainda, o teste de triagem Turn 180° na avaliação do equilíbrio dinâmico.

²¹ Jenicek M., Cléroux R., Épidémiologie – Principes, Techniques, Applications- Ed. Maloine.Paris(1984)

Com recurso à memória e à imaginação, os doentes em diálogo com a médica identificam os seus riscos ambientais, através de uma *viagem* (introspectiva, imaginária), à entrada do seu prédio, à sua sala, quartos, casa de banho, cozinha, pátios...

Durante esse diálogo, entrevistadora e entrevistados sistematicamente identificaram e propuseram medidas preventivas de quedas.

Inquiriu-se sobre a existência de história de quedas no último ano, estimulando a recordação deste acontecimento, de forma a obter-se a identificação das causas subjacentes, conhecer as consequências e o medo resultante dessa experiência.

De igual modo se abordaram os incidentes (situações em que os acidentes não chegaram a acontecer), que constituem exceções que traduzem, com frequência, a capacidade dos doentes para prevenir os riscos.

Na perspetiva da Terapia focada na Solução, procura ultrapassar-se a narrativa sobre o problema para uma narrativa de solução e os doentes são convidados a imaginar o seu ambiente, no qual os riscos ambientais de quedas foram corrigidos, como se tivesse ocorrido um “milagre”. Assim, *a linguagem cria a realidade* (de Shazer e Berg, 1993).

Na consulta procedeu-se ao controlo da medicação de risco para quedas e à identificação das doenças de maior risco.

Solicitou-se aos acompanhantes dos doentes, ou familiares, a sua colaboração desde a fase inicial do trabalho na implementação das medidas preventivas adequadas aos riscos de queda que identificaram.

Através de entrevista telefónica reforçou-se o trabalho de identificação de riscos de queda e foram registadas as medidas tomadas na diminuição desses riscos. Perguntou-se aos doentes se sofreram queda depois da última consulta de geriatria e solicitou-se informação sobre a evolução da sua situação de saúde, nomeadamente problemas de visão e audição. Efetuou-se uma entrevista (telefónica) trimestral, para obter informação sobre a incidência de novas quedas no grupo em estudo, depois da consulta de geriatria na qual se realizou um processo de *Educação Para a Saúde em Promoção da Saúde*.

4. Faseamento

- A. Testar questionário, procedimentos e teste Turn over 180º.
- B. Consulta de geriatria com *Educação para a Saúde em Promoção da Saúde*.
- C. 2ª Intervenção telefónica de *Educação para a saúde em Promoção da Saúde*.
- D. Telefonema trimestral sobre a incidência de novas quedas.
- E. Elaboração de relatório final do trabalho.

V. RESULTADOS

A distribuição das pessoas em estudo segundo o grupo etário e género, encontra-se no quadro 1:

Quadro 1 – Grupo em Estudo

Género	Feminino	Masculino	Total
60 – 64 anos		1	1
65 – 69 anos		4	4
60 – 64 anos		1	1
70 – 74 anos	4	2	6
75 – 79 anos	5	3	8
80 – 84 anos	4		4
85 – 89 anos	3		3
90 – 94 anos	2		2
Total	18	11	29

Assim, constituem o grupo em estudo 18 mulheres (62%) e 11 homens (38%), sendo os indivíduos com idade superior a 70 anos 24 (83%) e idade inferior 5 (17%).

Referiram história de queda no último ano 15 idosos (51,7%), os quais em 5 casos (33%) sofreram quedas recorrentes (mais de uma queda ocorrida num período de 6 meses). Não referiram quedas no referido período 14 pessoas (48%).

As causas da queda foram referidas como extrínsecas por 8 idosos (53%) e intrínsecas por 7 doentes (47%), dos quais 3 (20%) disseram ter recorrido a serviços de saúde. O motivo de quedas extrínseco mais prevalente referido pelos doentes foi “tropeçar” (na horta, num pau, devido às socas e em casa, por causa dos chinelos...), para além de tropeçar, uma doente indicou o risco de cair da cama ao dormir, devido à altura da cama.

As quedas de origem intrínseca reportadas pelos doentes foram causadas por Covid 19, arritmia, doença vasovagal, doença osteoarticular, síncope e em dois casos desequilíbrio.

O teste de triagem Turn 180° efetuado ao grupo em estudo para despistar riscos de equilíbrio dinâmico foi positivo em cinco doentes, entre os quais os dois que referiram queda por desequilíbrio.

A sensação subjetiva de Instabilidade, ou perturbação do equilíbrio foi referida por 12 das pessoas em estudo (41%) e a ausência desse problema de saúde por 17 (59%).

No grupo em estudo usam auxiliar de marcha 13 pessoas (45%) e 16 doentes (55%) não o utilizam.

Disseram ter “medo de cair” 19 idosos (66%) e não referiam esse medo 34% dos doentes, em número de 10.

Disseram ter companhia em casa 21 doentes (72%) e informaram estar sós 8 idosos (28%).

Informaram praticar exercício físico 20 entrevistados (69%) e não praticar exercício 31%, dos doentes, em número de 9. Contudo, indicaram uma atividade física manifestamente insuficiente (menos de 30 minutos de atividade física 2x por semana) sete doentes (24%).

Referem deficiências de visão ou de audição 6 idosos (21%) e não referem qualquer um desses problemas 23 (79%).

As doenças e medicação de risco para quedas referidas na Norma 008/ 2019 da DGS foram diagnosticadas a 26 idosos (90%), entre os quais se encontram 6 com deficits de visão (21%).

Após realização da consulta de geriatria num processo de *Educação para a Saúde em Promoção da Saúde*, 50% dos idosos, em número de 14, identificaram fatores de risco na habitação e no calçado e **tomaram medidas preventivas em relação aos fatores de risco de quedas identificados**. Não tomaram todas as medidas preventivas até ao fim do estudo 14 doentes (0,50). Uma idosa encontra-se acamada no Lar.

Após realização da consulta de geriatria num processo de *Educação para a Saúde em Promoção da Saúde*, uma doente (3,4%) sofreu nova queda e 28 doentes (97%) não sofreram quedas, no 3º trimestre de 2022.

VI. DISCUSSÃO

A incidência (crescente) de quedas pode variar de acordo com o local de realização dos estudos (no domicílio ou em lares), da idade, do género, das comorbilidades, do meio de residência, de contingências sociais e económicas, entre outros fatores. Por outro lado, a diminuição da memória dos idosos pode não facilitar a colheita de informação, podendo existir vieses devidos à memória que alterem o resultado dos estudos. Neste estudo, realizado com a participação dos doentes na consulta de geriatria do CHUC, encontrou-se um valor de incidência de queda de 51,7%, superior ao encontrado por Silva M.S.N numa USF no Porto, em 2012 (46%), em utentes com menos de 75 anos, na sua maioria. Para a maior incidência de quedas encontrada no presente estudo por certo contribuiu a idade dos doentes, dos quais 83% tinham 70 ou mais anos; 90% dos quais sofriam de doenças e tomavam medicação de risco para quedas, de acordo com a alínea 4 (b e c), da Norma 008/2019 da DGS.

A Escala de Morse, adaptada para Portugal, classifica 6 destes doentes *Sem risco de queda* (21%), 14 com *Baixo risco* (48%) e 9 idosos com *Alto risco* (31%). (Quadro 2).

Quadro 2 - Escala de Morse

Sem risco pontuação	Baixo risco pontuação	Alto risco Pontuação	Total
(0-24)	(25-50)	(>50)	
6	14	9	29

Contudo, a gravidade do risco de queda torna-o mais premente, uma vez que entre os 9 doentes classificados na Escala de Morse de Alto Risco, 4 vivem sós e entre os doentes classificados de Baixo Risco 1 vive só. Assim, neste trabalho verificou-se que no conjunto dos doentes em estudo 8 doentes (28%), se encontram sós. Estes doentes pertencem aos grupos etários mais elevados e por certo requerem a continuação de uma abordagem intersectorial. O medo de cair é um sentimento partilhado pela maioria do grupo em estudo. Neste trabalho, dizem ter “medo de cair” 19 idosos (66%).

Embora o medo possa ter um efeito “protetor” e de evicção de comportamentos de risco, pode agravar o comportamento sedentário, diminuir a mobilidade e agravar a dependência dos idosos. Informaram neste trabalho não praticar exercício físico 31% das pessoas em estudo, em número de 9, seis das quais classificadas pela Escala de Morse como pessoas de Alto Risco, as quais necessitam de um programa de exercício físico

adequado à sua situação de saúde. Indicaram uma atividade física manifestamente insuficiente (menos de 30 minutos de atividade 2x por semana) sete doentes (24%).

No seu conjunto, os problemas de saúde e a medicação com risco para quedas foram diagnosticados a 26 idosos (90%), entre os quais 6 com deficits de visão (21%).

Referiram fatores de risco de quedas na habitação e no calçado e tomaram medidas preventiva 14 idosos (50%).

Uma doente ingressou num Lar. Os restantes 14 doentes (50%), podem não ter tomado medidas preventivas por motivos económicos, ou por não terem valorizado os problemas encontrados. Essa dificuldade poderia ter sido identificada através da utilização do WhatsApp na segunda entrevista aos idosos, o qual, em futuros trabalhos poderia ser colocado ao dispor dos doentes, permitindo a visualização do meio durante o diálogo.

O grupo em estudo reportou uma incidência de 15 quedas nos doze meses anteriores à consulta de geriatria e a incidência trimestral média de quedas esperada neste grupo era de 3,75 quedas. Contudo, depois da consulta de geriatria, na qual se realizou um processo de *Educação para a Saúde em Promoção da Saúde*, no 3º trimestre de 2022, foi reportada a incidência de 1 queda em período homólogo.

Assim, apenas 1 idoso (3,4%) referiu uma nova queda e 28 (97%) não referiram quedas, registando-se uma diminuição da incidência em relação a um período homólogo, assim como uma tendência decrescente de quedas.

Em relação à hipótese colocada no início do trabalho de que “há menos acidentes por quedas em idosos que previnem riscos no meio ambiente”, verificou-se que a idosa que sofreu nova queda não tinha indicado riscos ambientais, ao contrário de 14 idosos (50%) que *trataram* os seus riscos ambientais e não sofreram quedas, depois da consulta de geriatria na qual se realizou *Educação para a Saúde em Promoção da Saúde*.

O resultado trimestral indica que a nova metodologia de realização da consulta de geriatria com *Educação para a Saúde em Promoção da Saúde* se revelou exequível e promissora face a um problema de saúde de tão grande magnitude como as quedas nos doentes idosos.

A avaliação deste resultado deverá ser realizada através da repetição de avaliações trimestrais no grupo em estudo e da realização de novos estudos.

VII. CONCLUSÕES

O presente estudo piloto, permitiu identificar uma taxa de incidência de 51,7% de quedas nos 12 meses anteriores aos **doentes** da consulta de geriatria. De acordo com as hipóteses deste trabalho este valor foi superior à taxa de incidência estimada **na população** do mundo com mais de 65 anos (28% a 35%) e com mais de 70 anos (32% a 42%), assim como em Portugal, em **utentes** de uma USF do Porto, em 2012- (46%):

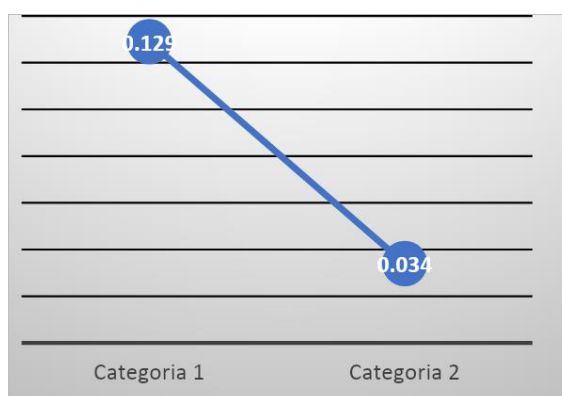
No 3º trimestre de 2022, após a consulta de geriatria, na qual se realizou um processo de *Educação para a Saúde em Promoção da Saúde*, observou-se uma diminuição em período homólogo (trimestral) da incidência de novas quedas no grupo em estudo. Assim, após a consulta de geriatria o grupo sofreu 1 queda (taxa de incidência 3,4%) no 3º trimestre de 2022. O resultado traduz a qualidade do controlo médico geriátrico dos fatores de risco intrínsecos, assim como a exequibilidade da *Educação para a Saúde em Promoção da Saúde* no controlo dos fatores extrínsecos (Gráfico 1).

A hipótese de que *há menos acidentes por quedas em idosos que previnem riscos na habitação* mostrou-se válida em relação aos riscos de queda extrínsecos.

Assim, neste trabalho, identificaram fatores de risco de quedas na habitação e no calçado e tomaram medidas preventivas 14 idosos (50%), que depois da intervenção realizada **não** registaram quedas no terceiro trimestre de 2022.f

Este estudo piloto e a sua continuação poderão contribuir para **um novo design** de intervenção epidemiológica e melhor controle da magnitude do problema das quedas nos idosos, nomeadamente no contexto hospitalar em que foi realizado.

Gráfico 1: Taxa de incidência de quedas nos doentes
- Consulta de geriatria do CHUC.



Categoria 1: Taxa de Incidência trimestral média inicial (0,129).
Categoria 2: Taxa de Incidência no 3º trimestre de 2022 (0,034).

VIII. RECOMENDAÇÕES

1. Avaliação da incidência semestral e anual de quedas no grupo e intervenção.
2. Agradecimento aos doentes pela sua participação e distribuição das 4 folhas *do Manual do Cuidador para prevenção de Quedas em Idosos no Domicílio* aos participantes.
3. Promover a ligação dos doentes sós e em risco de queda à Teleassistência da Cruz Vermelha, ou a outra instituição com idênticos objetivos a custos módicos, através de articulação intersectorial e interinstitucional.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTAIS

13. Laíns J., Campos I., Almeida A. R., Melo D. M., Morais F.F., Violante M., Constantino J.; Quedas nos Idosos, in *Geriatría Fundamental saber e praticar*” - Cap. 33, 1ª Ed. Lidel (2014).
14. Pedro R, Programa de Prevenção de Quedas nos Idosos, Gov. Regional Madeira (2017).
15. Nichols P. M.; Schwartz C. R.; *Terapia Familiar Conceitos e Métodos*, Cap.12, 7ª Ed. Artemed (2007).
16. Falsarella G.R., Gasparoto L.P., Coimbra A.M.U.; Quedas: Conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da Literatura, *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 17(4):897-910. Ed. Universidade do Estado de Rio de Janeiro, Brasil (2014).
17. Kalache A., Fu D., Yoshida S., *Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice*”, Secretaria de Estado da Saúde de S. Paulo, Brasil (2010).
18. www.oms.org recomendações para a atividade física e o comportamento sedentário (2020).
19. Silva J.P.O., *Relatório de Estágio O Idoso no contexto do exercício físico*, Faculdade de Desporto Universidade do Porto (2017).
20. Carvalho A., *Quedas no Idoso: Avaliação, Abordagem e Prevenção*, Temas em Geriatria Clínica, Ed. Lidel (2021).
21. Jenicek M., Cléroux R., *Épidémiologie – Principes, Techniques, Applications*- Ed. Maloine.Paris(1984).

- 22.D.G.S., Norma nº 008/2019 (09/12/2019).
- 23.Marques M.P., Silva M.S., Lambelho A.R., Bartissol B., Clara J.G., Plano Hospitalar para Idosos, 1ª Ed. Lidel (2022).
- 24.Silva M.S.N., Quedas nos Idosos: A importância da Educação para a Saúde, Universidade Porto (2012)
- 25.Diogo A.R., Moura M., Prevenção de Quedas em Idosos no domicílio, Manual do Cuidador, Direção Geral da Solidariedade Social, Governo Regional dos Açores.
- 26.Governo da Região Autónoma da Madeira, Programa Regional de Prevenção de Quedas em Idosos (2019-2022).
- 27.Veríssimo M.T., Geriatria fundamental – Saber e Praticar, 1ª Ed. Lidel (2014).
28. Diogo A.R., Moura M., Prevenção de Quedas em Idosos no domicílio, Manual do Cuidador, Direção Geral da Solidariedade Social, Governo Regional dos Açores.
29. Carrageta M.O., Temas em Geriatria Clínica, 1ª Ed. Lidel (2021).
30. Damásio A., O sentimento de Si – Corpo, Emoção e Consciência, Editor Temas e Debates (2013).
31. Lord S.R., Sherrington C., Menz H.B., Falls in older people Risk factors and strategies for prevention, Cambridge University Press (2001).
- 32.Cançado F.A.X., Doll J., Gorzoni M.L., Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª Ed. Gen Guanabara Koogan (2011).
33. Sampaio D.; Gameiro J.; - Terapia Familiar; Ed. Afrontamento (1985).
- 34.Andreoli and Carpenter's, Cecil Essentials of Medicine, 9ª Ed. Elsevier (2016).
- 35.Ducla Soares J.L., Semiologia Médica Princípios, Métodos e Interpretação, 2ª Ed. Lidel (2017).
- 36.Andreoli and Carpenter's, Cecil Essentials of Medicine, 9 Ed. Elsevier (2016).
- 37.Gil V. M., Coordenação; Cardiologia,1ª Ed. Lidel (2021).
- 38.Ferro J., Pimentel J., Neurologia fundamental, 2ª Ed. Lidel (2013).
- 39.Ponce P., Mendes J.J., Manual de Terapêutica Médica, 3ª Ed. Lidel (2017).
40. Ponce P., Mendes J.J., Manual de Urgências e Emergências, 3ª Ed. Lidel (2019).

