

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

**UNIDADE DE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E  
ATIVO  
A REALIDADE DE 3 MESES**

**Joana Bárbara Cascais da Costa**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Geriatria orientada pelo Professor  
Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e pelo Dr. Helder Filipe da Cunha Esperto  
e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.**

Agosto de 2022

## Índice

<b><i>Lista de Abreviaturas</i></b> .....	<b>3</b>
<b><i>Resumo</i></b> .....	<b>4</b>
Palavras-Chave: .....	4
<b><i>Abstract</i></b> .....	<b>5</b>
Keywords: .....	5
<b><i>Objetivos</i></b> .....	<b>6</b>
<b><i>Envelhecimento</i></b> .....	<b>7</b>
<b><i>Unidade de Envelhecimento Saudável e Ativo</i></b> .....	<b>10</b>
<b><i>UnIESA – a realidade de 3 meses</i></b> .....	<b>13</b>
Caracterização dos Doentes .....	13
Avaliação Geriátrica Global .....	18
<b><i>Atividade científica</i></b> .....	<b>23</b>
<b><i>Conclusões</i></b> .....	<b>27</b>
<b><i>Bibliografia</i></b> .....	<b>28</b>

## Lista de Abreviaturas

ABVDs	Atividades básicas da vida diária
AIVDs	Atividades instrumentais da vida diária
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
E. coli	<i>Escherichia coli</i>
ESBL	<i>Extended Spectrum Beta-Lactamase</i>
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
HG	Hospital Geral
INE	Instituto Nacional de Estatística
MNA	<i>Mini Nutritional Assesement</i>
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
MRSA	<i>meticillin-resistant Staphylococcus aureus</i>
MSSA	<i>meticillin-sensitive Staphylococcus aureus</i>
SARS-CoV2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i>
SPMI	Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
UnIESA	Unidade Integrada para o Envelhecimento Saudável e Ativo

## Resumo

A definição de idoso (compreendendo indivíduos a partir dos 65 anos) habitualmente coincide com o momento da reforma da vida profissional e condiciona uma adaptação a uma nova realidade multifatorial. A Geriatria tem como objetivo fundamental acompanhar as pessoas idosas neste processo de envelhecimento, estudando e prevenindo as doenças e otimizando a qualidade de vida, tanto dos idosos, como dos seus cuidadores. O processo de envelhecimento inicia-se com a conceção, é contínuo e inevitável. A pessoa idosa integra-se numa família, comunidade cujo inter-relacionamento determina e condiciona a situação do idoso em termos de valores, referências, redes de apoio e cuidadores. Ser idoso não implica ser obsoleto ou senil, implica antes uma imensa heterogeneidade e constante equilíbrio/desequilíbrio ecológico e a adequação de estratégias que envolvam as suas particularidades e especificidades de forma a ser possível um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida.

A Unidade Integrada para o Envelhecimento Saudável e Ativo (UnIESA) é um projeto desenvolvido pelo Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) com o objetivo de criar uma resposta hospitalar que reúna os meios técnicos e humanos para a prestação de cuidados de excelência a doentes do foro geriátrico. O envelhecimento surge associado a um processo marcado por alterações a nível biológico, psicológico e social, que podem refletir-se ao nível do comportamento do idoso, no tipo de atividades que mantém, bem como nas interações sociais. Apesar do envelhecimento populacional, infelizmente há pouca visibilidade e valorização dessa população. A velhice é uma fase da vida associada a uma visão preconceituosa, estigmatizada e estereotipada, sendo associada a características como passividade, improdutividade, assexualidade, degeneração orgânica e psíquica, além da desvinculação com o futuro e a alienação. A avaliação do doente idoso deve ser correta, pragmática e holística no sentido de ser possível aumentar a precisão de diagnóstico das necessidades individuais, permitir a adoção de atitudes preventivas e garantir o correto acompanhamento e integração de estratégias e estruturas de apoio.

### Palavras-Chave:

Geriatria, Idosos, Envelhecimento Saudável e Ativo

## Abstract

The definition of older adults (comprising individuals over 65 years of age) usually coincides with retirement from professional activities and requires an adaptation to a new multifactorial reality. Geriatrics' main goal is to accompany older adults in this ageing process, to study and prevent disease and to optimize the quality of life for both older adults and their caregivers. Ageing begins at conception and is a continuous and inevitable process. An older person is part of a family, a community whose interrelationships determine and limit their values, references, support networks and caregivers. Being older does not imply being obsolete or senile, but it does entail an immense heterogeneity and constant ecological balance/imbalance and the need for adequate strategies that involve their characteristics and specificities in order to enable active, healthy, and quality of life assured ageing.

UnIESA is a project developed by the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) with the aim of creating a hospital response that brings together the technical and human resources required to provide excellent care to geriatric patients. Ageing is associated with a process marked by biological, psychological, and social changes, which may be reflected in the behavior of older adults, in the type of activities they maintain, as well as in their social interactions. Despite an increasingly ageing population, there is unfortunately little visibility and appreciation for older persons. Old age is a phase of life associated with a prejudiced, stigmatized, and stereotyped view, often associated with characteristics such as passivity, unproductivity, asexuality, organic and psychical degeneration, disconnection with the future, and alienation. The assessment of older patients must be correct, pragmatic, and holistic in order to increase the diagnostic accuracy of individual needs, allow the adoption of preventive attitudes, and ensure the correct monitoring and integration of support strategies and structures.

### Keywords:

Geriatrics, Older adults, Healthy and active aging

## Objetivos

O envelhecimento é uma parte integrante do ciclo de vida. O envelhecimento populacional é uma realidade em Portugal e no Mundo, constituindo-se como um fenómeno heterogéneo, holístico, que impõe novos desafios diários aos indivíduos e à sociedade. Neste sentido e no âmbito do Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, propus-me à realização de um estágio prático como parte integrante do 2º ano do Mestrado em Geriatria.

Sendo Internista de formação, a avaliação multidimensional do doente idoso sempre me foi inculcada como parte da avaliação sistemática do doente internado, pelo que o estágio numa Unidade especializada e dedicada tenha sido a opção que melhor se enquadra na minha formação. O estágio desenvolvido teve intenção de fazer o acompanhamento dos doentes internados durante 3 meses na Unidade Integrada para o Envelhecimento Saudável e Ativo do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Após o período pandémico, que obrigou a uma total reestruturação hospitalar a nível nacional, a UNIESA reabriu como parte da enfermaria do serviço de Medicina Interna, dedicada aos doentes com idade superior a 65 anos e com potencial de recuperação após intercorrências agudas com necessidade de internamento hospitalar. O acompanhamento da recuperação da intercorrência aguda, a gestão de patologias crónicas associadas e o preparar do regresso seguro ao domicílio, envolvendo os cuidadores neste processo, são momentos fundamentais que pretendo analisar neste relatório e integrar nos conhecimentos adquiridos no Mestrado.

## Envelhecimento

O envelhecimento corresponde ao conjunto de alterações anatómicas e fisiológicas que surgem com o decorrer do tempo, afetando universalmente todos os indivíduos embora com temporalidade e intensidade distintas. A definição de idoso habitualmente coincide com o momento da reforma da vida profissional e condiciona uma adaptação a uma nova realidade multifatorial.

O conceito de envelhecimento é relativamente novo, numa perspetiva histórica, e irá acentuar-se com a alteração demográfica em curso, ou seja, com o aumento do número de idosos num futuro próximo<sup>1</sup>. Segundo as projeções de 2020 do Instituto Nacional de Estatística (INE) prevê-se que até 2080 o número de idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) passe de 2,2 para 3,0 milhões<sup>2</sup>. Segundo o INE, o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa<sup>2</sup>. Perante uma sociedade contemporânea cada vez mais envelhecida foi necessária a adaptação das estruturas de apoio e acompanhamento à população com a aplicação de abordagens e metodologias diversas e adaptadas. Referem ainda que a população ativa irá diminuir (passará de 6,6 milhões em 2018 para 4,2 milhões em 2080) assim sendo, segundo a mesma fonte, o índice de envelhecimento poderá quase duplicar entre 2018 e 2080, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens. Esta alteração demográfica terá impacto em quase todos os aspetos da sociedade<sup>3,4</sup>.

Em Dezembro de 2020 a Assembleia Geral das Nações Unidas declarou a década 2021-2030 como a década do Envelhecimento Saudável<sup>3</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde o conceito de envelhecimento ativo é um processo que permite melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento de cada pessoa e que se relaciona com o grau de satisfação do idoso com a vida que experiencia nos seus múltiplos aspetos<sup>5</sup>. O propósito é que “ninguém fique para trás e que todos os seres humanos terão a oportunidade de atingir o seu potencial em dignidade e igualdade”<sup>1</sup>. O contexto social e a saúde são estruturas com uma estreita relação na avaliação do indivíduo idoso, tendo sempre em vista o processo de envelhecimento saudável<sup>6</sup>.

Os idosos são um grupo de indivíduos heterogéneo incluindo indivíduos com múltiplos graus de autonomia ou de dependência<sup>7</sup>, a aumentar rapidamente em número o que leva à necessidade de cuidados integrados e centrados no indivíduo com foco nas necessidades da pessoa idosa<sup>1</sup> e a modificar as necessidades sociais que tendem a centrar-se no tratamento da saúde dos idosos e das condições naturais inerentes ao avançar da idade e está dependente de como a sociedade vivencia o declínio biológico dos indivíduos<sup>5</sup>.

O envelhecimento é inevitável e impossível de prevenir<sup>8</sup> e está associado a perda funcional, muitas vezes conduzido a morbilidade e a fragilidade, muitas vezes num declínio lento até à morte do indivíduo<sup>9</sup>. As doenças crónicas são um problema de saúde global por mudança do perfil epidemiológico e demográfico, um desafio acrescido para a saúde e desenvolvimento do indivíduo<sup>10</sup>. Os problemas comuns de saúde na população idosa são, cada vez mais, prevalentes com o aumento da esperança de vida<sup>6, 11</sup>, necessitando que haja uma maior estrutura de saúde e apoio social<sup>6</sup>, devido às alterações funcionais induzidas por doenças crónicas<sup>12</sup>.

Trata-se de acrescentar vida aos anos, na presença de uma longevidade aumentada<sup>9</sup>. No entanto, o conceito de saúde foi-se modificando ao longo do tempo estando, atualmente, centrado numa visão global do indivíduo, avaliando-o no seu ambiente físico, psicológico e social<sup>13</sup>, é mais do que a ausência de doença ou enfermidade<sup>4, 14</sup>. A avaliação do doente idoso deve ser correta, pragmática e holística no sentido de ser possível aumentar a precisão de diagnóstico das necessidades individuais, permitir a adoção de atitudes preventivas e garantir o correto acompanhamento e integração de estratégias.

São vários os determinantes individuais para um envelhecimento bem-sucedido e devem ser otimizados ao máximo nos indivíduos idosos, incluindo atividade física, dieta, auto-percepção, postura, aprendizagem, fé, apoio social, segurança financeira, envolvimento na comunidade e independência funcional<sup>14</sup>. A multidimensionalidade associada ao envelhecimento e integrada na avaliação geriátrica permite analisar a saúde do idoso doente e é parte integrante do plano de cuidados<sup>5</sup>, bastante para além da idade cronológica<sup>4</sup>.

A qualidade de vida implicada no processo de envelhecimento, auto-referida ou percebida por terceiros, passou a ser parte da definição do estado de saúde do idoso,



focando a avaliação na multiculturalidade<sup>5</sup> e multidimensionalidade da natureza humana: física, psíquica, emocional, social, económica, espiritual ou outros<sup>14, 15</sup>. A compreensão das necessidades associadas à faixa etária permite que se estabeleçam redes sociais multidirecionais para monitorização, deteção e rápida intervenção nestes doentes<sup>16</sup>.

## Unidade de Envelhecimento Saudável e Ativo

O envelhecimento é um processo biológico de vida, multidimensional<sup>17</sup> e inerente a ela, é um processo heterogéneo, complexo, físico, psicológico e social<sup>5</sup>. É um processo universal caracterizado por acumulação de alterações biológicas, que afetam a qualidade de vida que levam ao declínio funcional do organismo ao longo do tempo<sup>18</sup>. O processo constante do envelhecimento acompanha-se de uma grande variedade de problemas que diminuem a esperança de vida como a disfunção cardiovascular, osteoporose, neurodegenerescência, neoplasias ou outras doenças crónicas<sup>19</sup> e que aumentam risco de desenvolvimento de doenças e associam-se a um risco aumentado de morte<sup>18</sup>. A acumulação de dano, durante o envelhecimento, ocorre de forma aleatória o que justifica a quantidade de fenótipos que se identificam na população idosa<sup>18</sup>, assumindo-se uma relação e interação complexa entre fatores genéticos e ambientais<sup>11</sup>.

O objetivo é promover a qualidade de vida dos doentes idosos que depende significativamente da perceção dos próprios relativamente à sua posição na vida incluindo em aspetos culturais e de valores intra e interpessoais pelos quais se regem e na relação com os seus objetivos, expectativas, padrões de vida e preocupações<sup>17</sup>, para além do estado de saúde clínico.

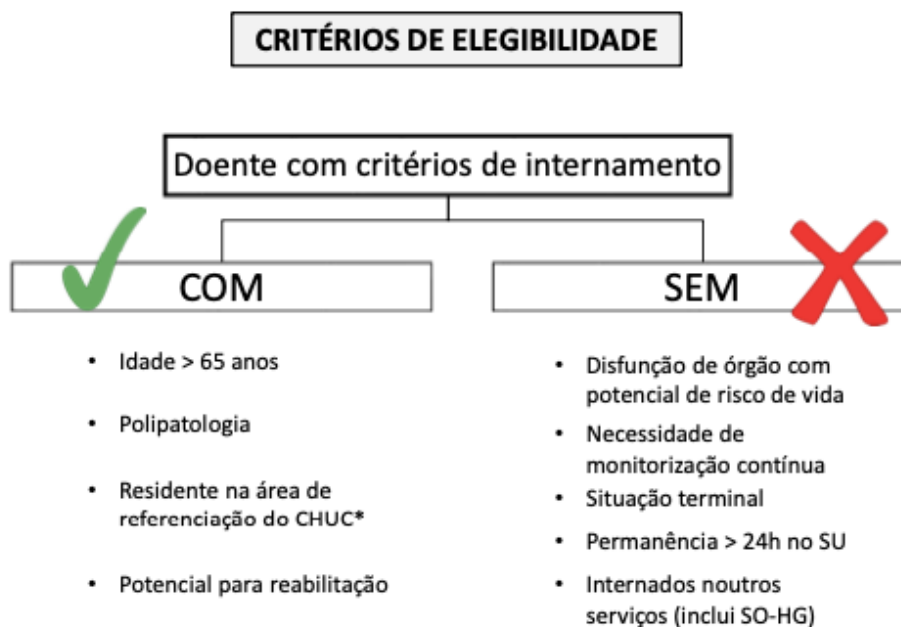
A UNIESA é um projeto desenvolvido pelo CHUC e pelos Agrupamentos de Centros de Saúde Baixo Mondego e Pinhal Interior Norte sob o objetivo de criar uma resposta hospitalar que reúne os meios técnicos e humanos para a prestação de cuidados de excelência a doentes do foro geriátrico. O seu objetivo é, como o nome indica, fomentar na população que abrange um envelhecimento ativo e saudável, apoiando e reabilitando no internamento e garantir o suporte e apoio dos idosos no seu regresso ao domicílio e à comunidade, contando com parcerias com os cuidados de saúde primários e, por exemplo, da Cáritas.

A UNIESA abriu portas no pólo HG dos CHUC no dia 07 de outubro de 2019 com um total de 12 camas atribuídas no serviço de Medicina - Enfermaria H, sendo elegíveis doentes provenientes do serviço de urgência de ambos os pólos hospitalares dos CHUC, e de acordo com os seguintes critérios (Tabela 1).

<b>Critérios de elegibilidade para internamento na UnIESA</b>
Idade superior a 65 anos;
Doente com patologia aguda ou crónica agudizada, com polipatologia;
Doente sem disfunção ou falência aguda de um sistema ou órgão vital com potencial risco de vida, com necessidade de monitorização e terapêutica farmacológica ou de suporte desse órgão (hemodinâmico, respiratório – ventilação não invasiva, etc.);
Doente sem identificação de situação terminal, apresentando potencial de recuperação clínica e funcional do episódio, independentemente do estado funcional prévio;
Residência nos Concelhos correspondentes à área de referência do CHUC para internamento em Medicina interna

Tabela 1 – Critérios de elegibilidade para internamento na UnIESA

No início do mês de Março 2020, os critérios de admissão na UnIESA foram revistos, com ajuste de alguns detalhes, nomeadamente na idade mínima para admissão dos doentes que passou de 75 para 65 anos e tendo alargado a zona de influência da unidade em termos geográficos. No entanto, este último critério prende-se com o carácter de proximidade necessário para articulação com os cuidados de saúde primários.



Área de influência: Alvaiázere, Ansião, Arganil, Cantanhede, Castanheira de Pera, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Figueiró dos Vinhos, Góis, Lousã, Mealhada, Mira, Miranda do Corvo, Mortágua, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penacova, Penela, Soure, Tábua e Vila Nova de Poiares.

Figura 1 – Critérios de elegibilidade para ingresso na UnIESA revistos

No entanto, atendendo à realidade do serviço de Medicina Interna e à frequente falta de vagas de internamento nas enfermarias de medicina interna, estas camas poderiam ser ocupadas por outra tipologia de doentes, fora do projeto, após contacto prévio com a unidade. Atendendo ao surto pandémico de Covid-19, houve necessidade de por vezes, ocupar as camas da unidade com doentes sem critérios de admissão na unidade, mas com critérios de internamento num serviço de Medicina não havendo outra hipótese de alocação dos mesmos.

## UnIESA – a realidade de 3 meses

Enquanto Internista de formação, ingressei a equipa da UnIESA em Fevereiro de 2020. E assim sendo, na altura de optar pela realização do relatório de Estágio nesta unidade escolhi o período de 3 meses entre Abril e Junho de 2021, cumprindo as horas necessárias previstas no Mestrado em Geriatria.

### Caracterização dos Doentes

No período de estágio observei 97 doentes na Unidade, sendo que destes 50 indivíduos eram de sexo masculino (51,5%) com média de idades de 81,7 ( $\pm 9,2$ ) anos. O envelhecimento da população, associado ao aumento da esperança média de vida, ajuda a compreender a complexidade dos doentes internados em enfermaria, na maioria das vezes com patologias crónicas diversas, muitas vezes simultaneamente agudizadas. Estes doentes estiveram internados em média 11,6 ( $\pm 7,45$ ) dias e todos foram internados a partir do serviço de urgência do HG que era e é dedicado a doentes com clínica respiratória, potenciais suspeitos de infeção pelo SARS-CoV2.

A maioria dos doentes foi proveniente do domicílio (76,3%), 21,6% de lar e os restantes eram residentes em Unidades de Cuidados Continuados.

Sobre o motivo que levou ao internamento, e atendendo a que o Serviço de Urgência do HG foi, desde o início da pandemia, hospital de referência para doentes com clínica respiratória, a dispneia foi o principal motivo que levou os doentes a recorrerem ao SU. A distribuição dos motivos de ida ao serviço de urgência, encontra-se representada no gráfico 1.

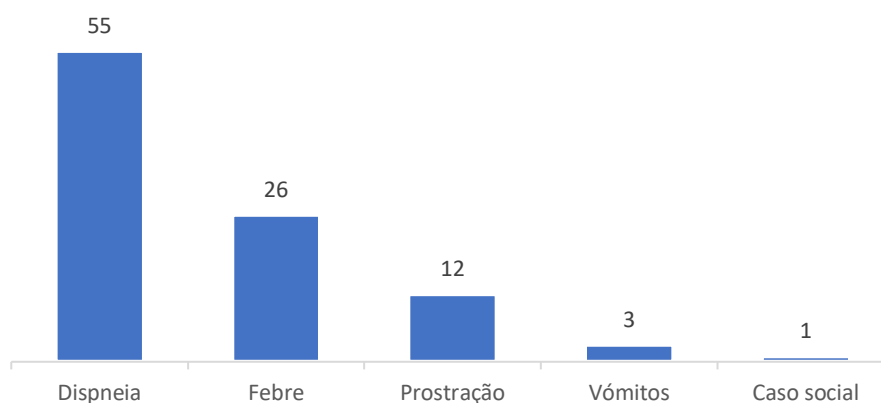


Gráfico 1 – Motivo de internamento dos doentes admitidos na UnIESA

Assim sendo, e na mesma linha de raciocínio do gráfico anterior, não foi surpreendente os diagnósticos principais encontrados no internamento e descritos no gráfico seguinte.

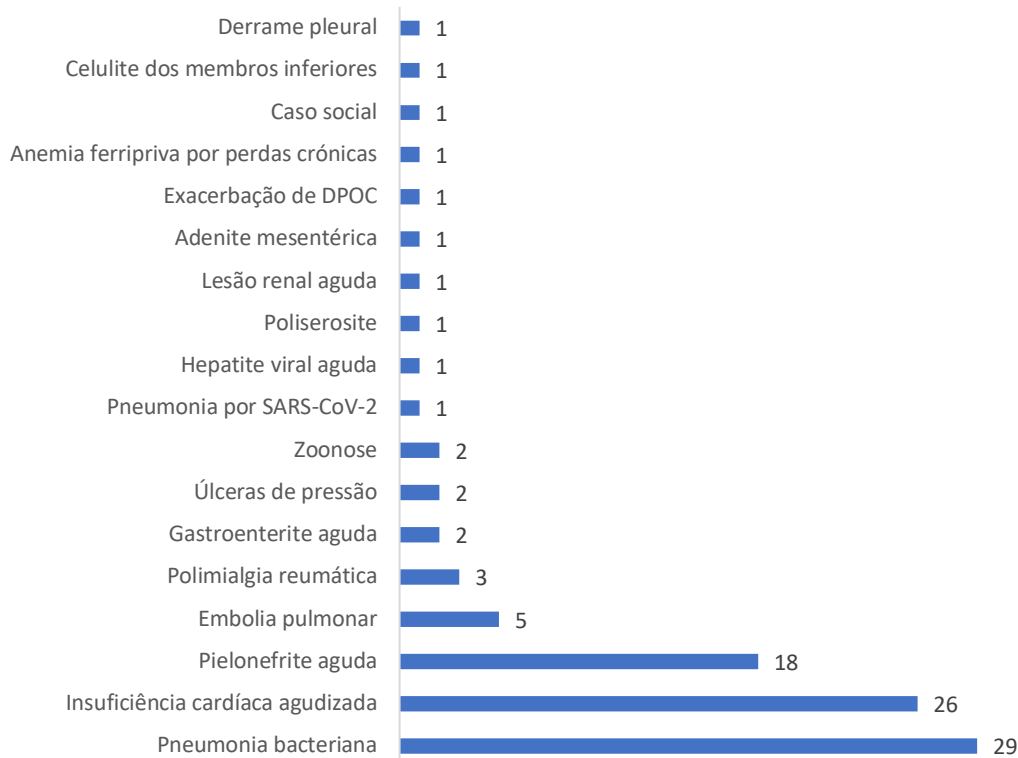


Gráfico 2 – Diagnóstico principal dos doentes internados na UNIESA

A maioria dos doentes internados no Serviço de Medicina Interna apresenta múltiplas patologias, que assumem particular relevância na complexidade dos casos, bem como na duração dos internamentos e na taxa de mortalidade encontrada. Consideram-se diagnósticos secundários os que ocorreram na dependência do diagnóstico principal, patologias que surgiram durante o internamento como complicações do mesmo, ainda que sem relação causal direta com o diagnóstico principal, e ainda as patologias de base do doente que, em virtude da intercorrência aguda, se encontravam descompensadas. Os principais diagnósticos secundários foram analisados segundo o grupo de diagnóstico baseado no ICD-10 e estão representados na tabela 2.

Grupo de Diagnóstico	N
X - Doenças do aparelho respiratório	62
IX - Doenças do aparelho circulatório	54
XIV - Doenças do aparelho génito-urinário	43
IV - Doenças endocrinológicas, nutricionais e metabólicas	22
XII - Doenças da pele e tecido sub-cutâneo	4
XIII - Doenças do aparelho musculo-esquelético e do tecido conjuntivo	4
XVIII - Achados anormais de exames clínicos e de laboratório	3
XI - Doenças do aparelho digestivo	2
II - Neoplasias	1
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	1
VI - Doenças do sistema nervoso	1
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	1

Tabela 2 – Diagnósticos secundários dos doentes internados na UNIESA

As restantes patologias de base dos doentes, que não apresentavam descompensação, foram denominadas comorbilidades. As comorbilidades são sempre importantes na abordagem e tratamento de qualquer doente, uma vez que podem ser um auxílio no diagnóstico e na tomada de decisão terapêutica, ao mesmo tempo que obrigam a vigilância e terapêutica adequadas para evitar a sua agudização. Pela idade avançada dos doentes internados, a grande maioria apresentou comorbilidades diversas, que afetaram o prognóstico e mortalidade.

O idoso tem frequentemente instituídas terapêuticas farmacológicas complexas, englobando as pluripatologias encontradas. No grupo de doentes analisados 58,8% encontravam-se polimedicados (considerando polimedicação mais do que 5 grupos farmacológicos por doente). A polimedicação pode causar reações adversas e/ou interações medicamentosas que aumentam consoante o número de medicamentos administrados podendo aumentar a iatrogenia e a não adesão a esquemas de tratamento.

Dos doentes observados 76% apresentaram algum tipo de infeção durante o período de internamento. Destas, 42% foram com ponto de partida respiratório e 38% com

ponto de partida no trato genito-urinário. De referir que 23% foram infeções associadas a cuidados de saúde e cerca de 1% infeções nosocomiais.

Durante o internamento 6% dos doentes com insuficiência respiratória global tiveram necessidade de ventilação não invasiva de forma temporária, até resolução da agudização.

Em termos de fatores de risco, sabemos que dos doentes observados 14% tinha exposição a fumos nomeadamente no domicílio e locais de trabalho prévios, 17,5% tinha antecedentes de tabagismo sendo que uma pequena percentagem mantinha ainda consumos tabágicos atuais e cerca de 22% tinham ou tiveram consumos etílicos significativos.

Os microrganismos isolados nas culturas realizadas estão descritos na tabela seguinte:

Microorganismo	N
<i>E. coli</i> multissensível	5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4
<i>Enterococcus species</i>	4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	3
<i>Acinetobacter baumannii</i>	2
<i>E. coli</i> ESBL positiva	2
<i>Proteus mirabilis</i>	2
<i>Klebsiella pneumoniae</i> ESBL positiva	2
SARS-CoV2	2
MRSA	1
MSSA	1
<i>Legionella pneumophila</i>	1
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1
<i>Morganella morganii</i>	1

Tabela 3 – Microrganismos isolados em culturas dos doentes internados na UNIESA

Na maioria dos doentes, houve necessidade de cumprir ciclo de antibioterapia com pelo menos 2 antibióticos (37% dos doentes) – gráfico 4



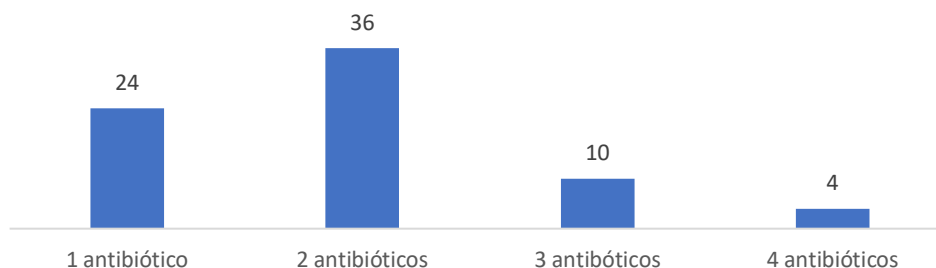


Gráfico 3 – Número de antibióticos usados em doentes internados na UnIESA

Cada vez mais se optam por medidas de antibioterapia mais contidas, optando-se por iniciar fármacos dirigidos aos microrganismos mais comuns no ambiente hospitalar em vez de antibióticos de largo espectro que foram responsáveis por inúmeros quadros de multirresistências com padrões hospitalares graves, limitando as opções terapêuticas viáveis. Este ponto teve particular enfoque por parte dos colegas da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, que sempre se mostraram disponíveis para esclarecimento de dúvidas e fornecimento de recomendações clínicas, multidisciplinares, otimizando os cuidados aos doentes.

Os antibióticos que os doentes internados cumpriram encontram-se descritos no gráfico 5.

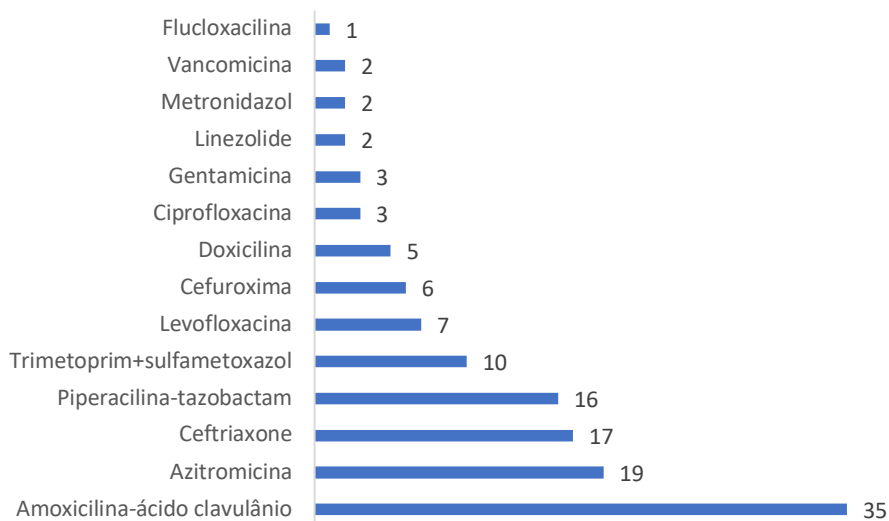


Gráfico 4 – Número de antibióticos usados em doentes internados na UnIESA

Durante o internamento, 26,8% dos doentes tiveram sonda vesical e 3,1% tiveram necessidade de colocar sonda vesical e sonda nasogástrica. No entanto, 9,3% dos doentes que tiveram sonda no internamento eram já possuidores das mesmas previamente ao internamento, nos restantes doentes com necessidade de instrumentalização

foi possível a remoção das sondas previamente à alta (necessidade das mesmas apenas em contexto agudo de doença).

O destino dos doentes observados, à alta, encontra-se representado no gráfico 5. Salienta-se a elevada percentagem de doentes que retornou ao domicílio após tratamento da doença aguda que motivou o internamento. Os doentes que faleceram durante o período de estágio eram todos doentes totalmente dependentes, 3 deles com diagnóstico de infeções respiratórias, 1 com diagnóstico de pielonefrite aguda e 1 com quadro de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, com múltiplas comorbilidades.

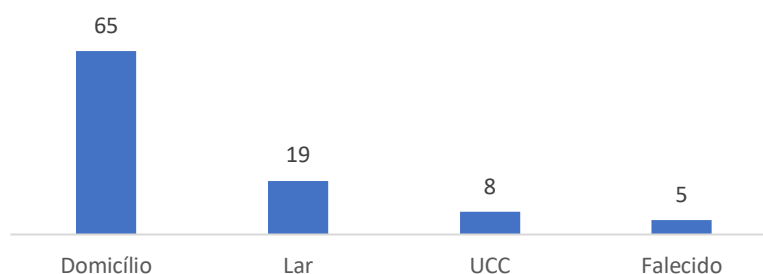


Gráfico 5 – Destino à alta dos doentes internados na UnIESA

### Avaliação Geriátrica Global

A avaliação geriátrica é um momento essencial nos cuidados a prestar aos doentes idosos em qualquer momento da avaliação clínica, sobretudo em contexto de internamento hospitalar, mas nunca limitado a ele. O envelhecimento implica sempre um decréscimo na capacidade física, mental e funcional dos indivíduos. O grau dessa diminuição de capacidades varia entre indivíduos afetando o dia-a-dia e a perceção da qualidade de vida do próprio.

A adequação dos cuidados prestados ao doente que temos à nossa frente, perante a realidade dele, vai otimizar o nível de cuidados prestados, os resultados passíveis de serem obtidos e a gestão de expectativas do doente e da equipa prestadora de cuidados. Esta avaliação numa primeira abordagem ao doente permite conhecermos a pessoa à nossa frente, torna-nos mais assertivos no diagnóstico, diminuí a iatrogenia das nossas intervenções futuras, melhorando o grau de acompanhamento ao doente e as condutas a adotar.

Numa enfermaria de Medicina, mas em particular na UnIESA, em que o grupo de doentes que temos à nossa frente, tanto pela idade como pela patologia crónica múltipla que apresentam, é um dos momentos chave para aplicação desta avaliação. Quanto à caracterização geriátrica do grupo de doentes observados no estágio uma avaliação resumida encontra-se descrita na tabela 4.

Escala avaliada	Resultado Médio	Desvio-Padrão
Índice de Katz	3,7	±2,38
Escala de Lawton	3,4	±2,84
<i>Mini Nutricional Assessement</i>	18,1	±5,45
<i>Escala de Morse</i>	49,9	±20,76
<i>Mini Mental State Examination</i>	21,5	±6,17

Tabela 4 – Avaliação Geriátrica Global dos doentes internados

O Índice de Katz avalia funções e atividades quotidianas e foi desenvolvido para avaliar o grau de dependência do idoso baseado na necessidade ou não de auxílio para realizar atividades básicas da vida diária (ABVD). O índice de Katz médio no grupo de doentes analisados foi de 3,7 pontos o que é concordante com a caracterização objetivada no gráfico 6.

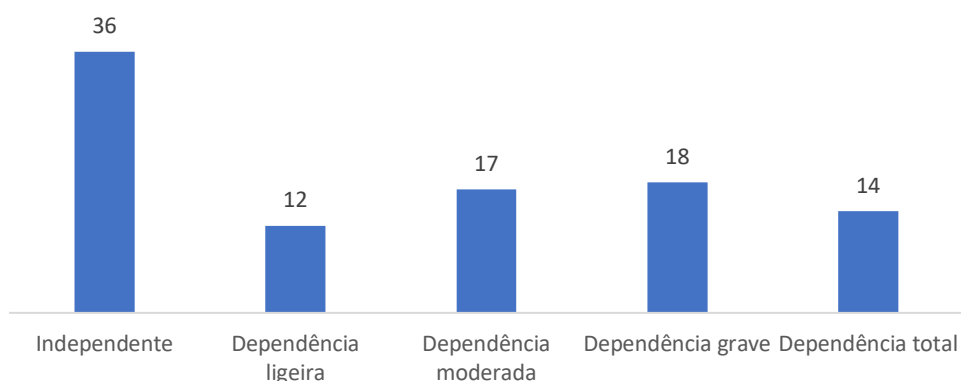


Gráfico 6 – Avaliação das ABVDs dos doentes internados na UnIESA

Os doentes foram também avaliados quanto à sua independência nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) com a aplicação da escala de Lawton e os resultados encontram-se descritos no gráfico seguinte.

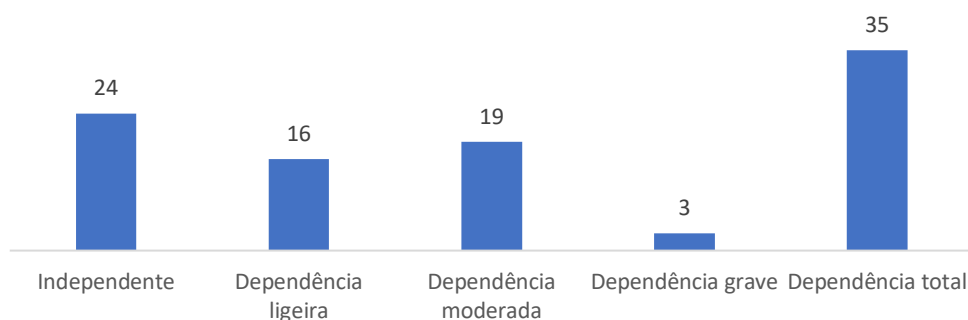


Gráfico 7 – Avaliação das AIVDs dos doentes internados na UnIESA

Este gráfico permite analisar que apesar do grau de autonomia nas atividades de vida diária, nos doentes observados o desempenho de atividades instrumentais é menos bem-sucedido, aumentando nestes casos o grau de dependência de terceiros, na maioria dos casos, de familiares diretos (cônjuges ou filhos).

Ressalva-se que numa enfermaria de Medicina Interna num período de pandemia tão marcado pela necessidade de apoio à população e com a pressão de vagas frequentemente encontrada num serviço de urgência, nem sempre foi possível cumprir a tipologia de doentes com critérios para ingresso na UnIESA. De qualquer forma, esta caracterização mostra o esforço acrescido que houve da equipa médica na alocação de doentes à Unidade.

Para avaliação do estado nutricional dos doentes, foi aplicada a escala *Mini Nutritional Assessment* (MNA), que mostrou que a maioria dos doentes observados se encontrava em risco de desnutrição (68%).

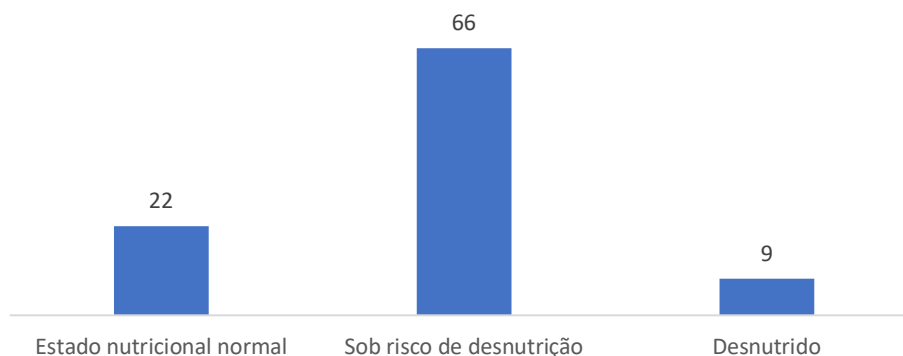


Gráfico 8 – Avaliação nutricional dos doentes internados na UnIESA

O risco de queda em doentes idosos e numa enfermaria de Medicina não é desprezável. Nesse sentido e atendendo à necessidade de consciencialização dos riscos para os doentes, e de os reduzir ao mínimo, foi também aplicada a escala de Morse que avalia o risco de queda. Não surpreendentemente, o risco de queda dos doentes internados é elevado, não só pela debilidade inerente à doença, mas também às comorbilidades dos doentes e à idade média que apresentam.

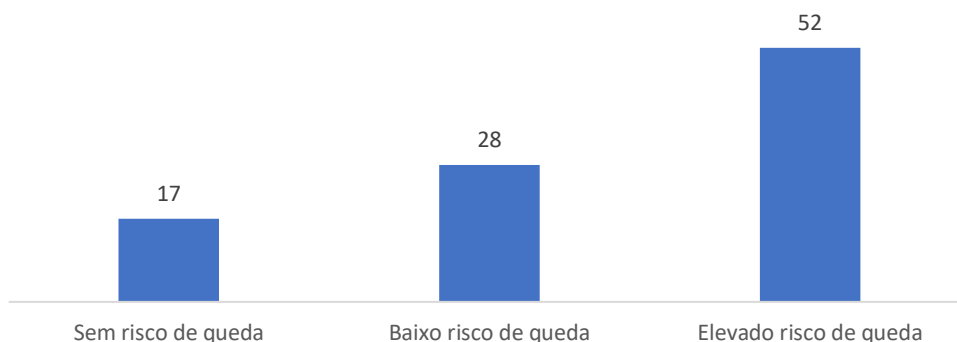


Gráfico 9 – Avaliação do risco de queda dos doentes internados na UnIESA

Quanto à literacia dos doentes observados, a representação gráfica encontra-se no gráfico 10, sendo que para o estabelecimento desta conclusão foi aplicado o *Mini Mental State Examination* (MMSE).

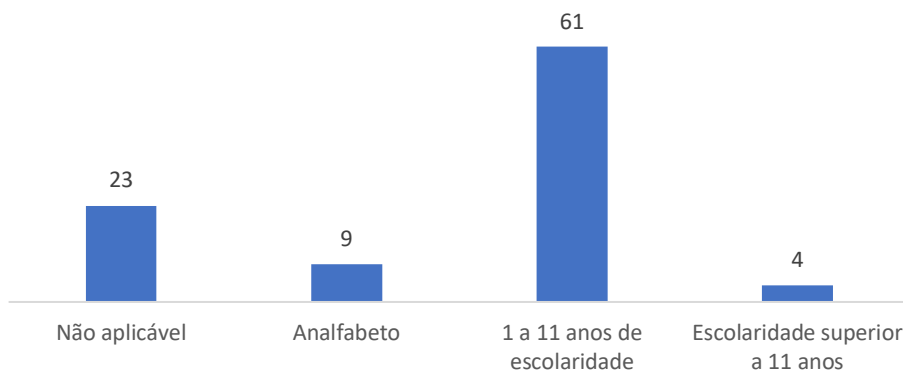


Gráfico 10 – Avaliação do estado cognitivo dos doentes internados na UnIESA

Dos doentes a quem o MMSE foi aplicado, verificou-se que 42,3% dos doentes apresentavam algum grau de défice cognitivo, com valores inferiores ao expectável para a sua escolaridade de base.

O protocolo da UnIESA não incluía a aplicação das escalas de depressão geriátrica nem escalas de avaliação de fragilidade como o *clinical frailty score*. Considero que tal

lacuna deveria ser corrigida por forma a ter uma verdadeira avaliação multimodal e global de todos os doentes internados.

## Atividade científica

A Medicina Interna constitui uma das especialidades médicas mais vastas e abrangentes. Diariamente o doente é visto como um todo, analisado em todas as suas características e comorbilidades e quanto à situação social e familiar. Além disso, é uma especialidade que permite manter o seguimento dos doentes observados, permite conhecê-los em várias vertentes (urgência, internamento e consulta) e observar a sua evolução no tempo.

A formação de um Internista é um percurso emocionalmente e fisicamente difícil, com períodos de grande angústia e outros de recompensa emocional e profissional. Implica uma consciência da responsabilidade clínica e humana que nos vai acompanhar ao longo da carreira médica. A relação médico-doente é diariamente aprofundada, criando-se por vezes laços estreitos de confiança e empatia.

Enquanto recém-especialista fui incentivada pelos meus colegas a ingressar a Unidade Integrada para o Envelhecimento Saudável e Ativo, dentro do Serviço de Medicina Interna. Devidamente acompanhada e apoiada, rapidamente me apercebi da necessidade de aprofundar conhecimentos e especializações, teóricos e práticos, nesta área específica da Medicina.

Nesse sentido, o investimento pessoal e profissional na área da Geriatria, área em constante desenvolvimento e atualização, no sentido da melhor prestação de cuidados possíveis aos meus doentes, pareceu-me sempre pertinente.

Destaco a seguir algumas das atividades desenvolvidas no sentido da valorização profissional com impacto na área da Geriatria e do envelhecimento.

> Curso de Atualização em Geriatria (2020)





> Curso Nutrição Clínica, SPMI (2021)



**NUTRIÇÃO CLÍNICA...  
UMA NOVA GERAÇÃO**  
2º Curso Nutrição Clínica do NENC

**CERTIFICADO DE PALESTRANTE**

Certificamos que **Joana Cascais**  
participou como orador no **2º Curso de Nutrição Clínica** do Núcleo de Estudos de Nutrição Clínica da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna com o tema **"Terapêutica Nutricional na Diabetes Mellitus"**.

O **2º Curso de Nutrição Clínica** decorreu em formato virtual nos dias 8, 9 e 10 de outubro de 2021, com uma duração de 21 horas e meia.

Lisboa, 17 de outubro de 2021



Anibal Marinho  
Coordenador Núcleo de Estudos de Nutrição Clínica

Organização:  

Apoio: 

> Curso de Dor Crónica, SPMI (2021)

**CERTIFICADO**

**Certifica-se que Joana Cascais Costa esteve presente no Curso de Dor Crónica, integrado na atividade do Núcleo de Estudos de Formação em Medicina Interna (NEFORMI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), que decorreu em formato presencial nos dias 8 e 9 de Outubro de 2021, no Hotel D. Inês em Coimbra, com a duração de 15 horas.**

**13 de Outubro de 2021**



**JOÃO ARAÚJO CORREIA**  
Presidente SPMI

> Curso de Especialização Nutrição Clínica, FMUC (2022)

<b>Matrícula</b>	
<b>Nome Completo:</b> Joana Bárbara Cascais da Costa	<b>Número:</b> 2006012407
<b>Curso:</b> Curso de Especialização - Nutrição Clínica	<b>Data Matrícula:</b> 28-01-2022
<b>Estado:</b> Ativo	
<b>Estado do Processo Individual:</b> Completo	<b>Data Limite Confirmação Processo:</b>

## Conclusões

Ser idoso, apesar de inevitável, não é fácil no nosso país. Além da heterogeneidade esperada, estão sujeitos a um país não preparado para o envelhecimento da sua população. Faltam estruturas e redes de apoio para envolver estes membros da população e acompanhá-los nas suas especificidades (de fragilidade, complexidade, com compromisso funcional e orgânico, com pluripatologia e plurimedicação) de forma a ser possível um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida.

É a multidisciplinaridade que existe dentro de uma enfermaria que pode e deve ser o alvo de uma unidade de Geriatria. Ao pensarmos em envelhecimento ativo e saudável assumimos o idoso independente e com número diminuto de comorbidades, no entanto, esse não é o único objetivo, mas sim garantir que uma população envelhecida, com algum grau de dependência e doenças crónicas conseguem assumir um papel de relevo nas suas rotinas, evitando a passividade e participando ativamente no seu dia-a-dia.

Promover a saúde e prevenir a doença, em todas as idades – mas sobretudo nos idosos, e os efeitos perniciosos de certas patologias crónicas, significa reduzir os impactos negativos do envelhecimento. É esse o objetivo da UnIESA: promover um envelhecimento ativo.

E foi e é um orgulho pertencer a esta equipa.

## Bibliografia

1. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020 Sep; 139:6-11. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.05.018. Epub 2020 May 26. PMID: 32747042; PMCID: PMC7250103.
2. Indicadores de envelhecimento, PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e a Europa (online). Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>. Acedido em: 8 Junho 2022.
3. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing (2021–2030) (online). Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. Acedido em: 8 Junho 2022
4. Beard JR, Araujo de Carvalho I, Sumi Y, Officer A, Thiyagarajan JA. Healthy ageing: moving forward. *Bull World Health Organ*. 2017 Nov 1;95(11):730-730A. doi: 10.2471/BLT.17.203745. PMID: 29147049; PMCID: PMC5677619.
5. Lima MD. (2015). O Cotidiano Das Pessoas Idosas Com Insuficiência Renal Crônica (IRC) Participantes Do Programa SOS Vida E Atendidas Nas Unidades De Saúde De Manaus. Dissertação (mestrado) – Unidade Federal do Amazonas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, ministrado pela Universidade Federal do Amazonas
6. Nadolnik K, Skrypnik D, Skrypnik K, Bogdański P. Diabetic nephropathy in the elderly – clinical practice. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2018;69(4):327-334. doi: 10.32394/rpzh.2018.0037. PMID: 30525322.
7. Bangsbo J, Blackwell J, Boraxbekk CJ, Caserotti P, Dela F, Evans AB, *et al*. Copenhagen Consensus statement 2019: physical activity and ageing. *Br J Sports Med*. 2019 Jul;53(14):856-858. doi: 10.1136/bjsports-2018-100451. Epub 2019 Feb 21. PMID: 30792257; PMCID: PMC6613739.
8. Basrowi RW, Rahayu EM, Khoe LC, Wasito E, Sundjaya T. The Road to Healthy Ageing: What Has Indonesia Achieved So Far? *Nutrients*. 2021 Sep 28;13(10):3441. doi: 10.3390/nu13103441. PMID: 34684441; PMCID: PMC8537107.

9. Cosco TD, Howse K, Brayne C. Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017 Dec;26(6):579-583. doi: 10.1017/S2045796017000324. Epub 2017 Jul 6. PMID: 28679453; PMCID: PMC6998987.
10. Oliveira PM, Soares DA. Percepções dos indivíduos com insuficiência renal crônica sobre a qualidade de vida. *Enferm Global* [online]. 2012 out/dez; 11(4)
11. Cabeza R, Albert M, Belleville S, Craik FIM, Duarte A, Grady CL, Lindenberger U, Nyberg L, Park DC, Reuter-Lorenz PA, Rugg MD, Steffener J, Rajah MN. Maintenance, reserve, and compensation: the cognitive neuroscience of healthy ageing. *Nat Rev Neurosci*. 2018 Nov;19(11):701-710. doi: 10.1038/s41583-018-0068-2. Erratum in: *Nat Rev Neurosci*. 2018 Dec;19(12):772. Erratum in: *Nat Rev Neurosci*. 2018 Dec;19(12):772. PMID: 30305711; PMCID: PMC6472256.
12. Machado FS, Vianna LG, Coelho KHV, Oliveira MLC, Faleiros V, Moraes CF. 2014. Qualidade de vida de idosos submetidos à hemodiálise: uma revisão sistemática. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), pp.149-163.
13. Figueiredo, V. F. D. Hemodiálise: Percepção dos Doentes sobre o Apoio Social. Dissertação de Mestrado em Serviço Social - Universidade Católica Portuguesa. Viseu, 2015.
14. Abud T, Kounidas G, Martin KR, Werth M, Cooper K, Myint PK. Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging Clin Exp Res*. 2022 Jun;34(6):1215-1223. doi: 10.1007/s40520-021-02049-w. Epub 2022 Feb 8. PMID: 35132578; PMCID: PMC8821855.
15. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011 June [cited 2021 Jan 24]; 16(6): 2919-2925. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600029>.
16. Everling J, Gomes JS, Benetti ER, Kirchner RM, Barbosa DA, Stumm EF. Eventos associados à hemodiálise e percepções de incômodo com a doença renal. *av.enferm.* [online]. 2016 Jan; 34(1): 48-57. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41177>.
17. Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Calderón-Larrañaga A, Beridze G, Teixeira L, Araújo L, *et al*. Influence of Active and Healthy Ageing on Quality-of-Life Changes:

- Insights from the Comparison of Three European Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 14;18(8):4152. doi: 10.3390/ijerph18084152. PMID: 33919964; PMCID: PMC8070976.
18. Kritsilis M, V Rizou S, Koutsoudaki PN, Evangelou K, Gorgoulis VG, Papadopoulos D. Ageing, Cellular Senescence and Neurodegenerative Disease. *Int J Mol Sci*. 2018 Sep 27;19(10):2937. doi: 10.3390/ijms19102937. PMID: 30261683; PMCID: PMC6213570.
19. Moreno-Blas D, Gorostieta-Salas E, Pommer-Alba A, Muciño-Hernández G, Gerónimo-Olvera C, Maciel-Barón LA, *et al*. Cortical neurons develop a senescence-like phenotype promoted by dysfunctional autophagy. *Aging (Albany NY)*. 2019 Aug 30;11(16):6175-6198. doi: 10.18632/aging.102181. Epub 2019 Aug 30. PMID: 31469660; PMCID: PMC6738425.