



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Énio Ricardo Gomes Pestana

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM GERIATRIA

VOLUME 1

**Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Geriatria
orientado pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Marques
Veríssimo e apresentado à Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra**

Setembro de 2022

Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM GERIATRIA

Énio Ricardo Gomes Pestana

VOLUME 1

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Geriatria, orientado pelo Professor Doutor
Manuel Teixeira Marques Veríssimo e apresentado à Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra

Setembro de 2022



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Índice

Agradecimentos	4
Acrónimos e Siglas	5
1. Resumo	6
2. Abstract.....	7
3. Introdução	8
4. Estágio em Geriatria na Unidade de Orto geriatria do HBA	9
4.1. Objetivos do estágio	9
4.2. Descrição da Unidade de Orto geriatria.....	10
4.3. Atividades desenvolvidas.....	14
4.3.1. Internamento	14
4.3.2. Consulta Externa	26
4.3.3. Atividade Científica	27
5. Conclusão	29
Bibliografia.....	30
Anexos	31

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo, meu orientador de Mestrado pelos conhecimentos transmitidos durante todo o Mestrado e pelos preciosos conselhos para a realização do estágio.

Agradeço à equipa multidisciplinar da Unidade de Orto geriatria do Hospital Beatriz Ângelo, em especial à Dra. Lia Marques, minha orientadora de estágio, pela partilha de experiências, preocupação com a minha formação e disponibilidade absoluta. O vosso apoio, confiança e amizade contribuíram muito para o meu crescimento profissional na área da Geriatria.

Agradeço aos meus colegas de turma pelos bons momentos passados, apesar das limitações decorrentes da frequência do Mestrado em período de pandemia. Criou-se um verdadeiro espírito de equipa.

Finalmente, agradeço à minha família e amigos pelo incentivo constante e pela compreensão pelos momentos de ausência. Uma palavra de agradecimento especial às minhas sobrinhas pelo amor e alegria que me inspiram a procurar ser cada vez melhor.

Acrónimos e Siglas

AGG	Avaliação Geriátrica Global
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
CFS	Clinical Frailty Scale
ECD	Exames Complementares de Diagnóstico
FAC	Functional Ambulation Categories
GDS	Global Deterioration Scale
HBA	Hospital Beatriz Ângelo
IMC	Índice de Massa Corporal
MFR	Medicina Física e de Reabilitação
MMSE	Mini Mental State Examination
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
PMR	Physical Medicine and Rehabilitation
SMI	Serviço de Medicina Interna
UC	Unidade de Convalescença
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
UOG	Unidade de Orto geriatria

1. Resumo

O presente relatório de atividades caracteriza o meu estágio em Geriatria, realizado no âmbito do Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O estágio decorreu na Unidade de Ortogeriatrics (UOG) do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), no período compreendido entre maio e julho de 2022.

O aumento da população idosa repercute-se em todas as áreas da Medicina, nomeadamente na Medicina Física e de Reabilitação (MFR), a especialidade médica de excelência para lidar com a incapacidade e limitação funcional. Como médico Fisiatra senti a necessidade de complementar a minha formação na área da Geriatria.

No meu ponto de vista, a Geriatria é uma área muito importante e cujo impacto tenderá a crescer no futuro com a maior demanda de cuidados diferenciados para os idosos.

Com este estágio adquiri conhecimentos teóricos e práticos, inserido numa equipa interdisciplinar com experiência em Ortogeriatrics e consolidei a importância de uma abordagem global para adereçar a complexidade que é o doente idoso.

2. Abstract

The following report addresses my internship in Geriatrics, part of the Master in Geriatrics of the Faculty of Medicine of the University of Coimbra. The internship took place in the Orthogeriatrics Unit from the Hospital Beatriz Ângelo between May and July 2022.

The increase of the elderly population has repercussions in all the areas of Medicine, particularly PMR, the medical speciality dedicated to deal with incapacity and functional impairment. Being a Physiatrist I felt the need to increase my expertise in Geriatrics.

From my point of view, Geriatrics is a very important area and its impact will increase in the future due to a higher demand of differentiated care for the elderly.

With this internship I increased my knowledge and experience in an interdisciplinary team dedicated to Orthogeriatrics and consolidated the importance of a global approach to address the complexity of the elderly patient.

3. Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade atual, fruto do aumento da esperança de vida e da melhoria da qualidade de vida. Tem particular importância nos países desenvolvidos onde se prevê que nas próximas décadas se adense o aumento expressivo do número de pessoas com mais de 65 anos.

O envelhecimento populacional acompanha-se do aumento da prevalência de doenças crónicas, aumento da dependência física e funcional e de declínio das capacidades cognitivas.

Esta população apresenta, devido ao referido anteriormente, necessidades de cuidados de saúde muito específicas e dirigidas de modo a que o seu acompanhamento seja verdadeiramente holístico e integrado.

Neste contexto, a formação em Geriatria permite aos médicos que a possuem uma abordagem otimizada da complexidade que é o doente idoso.

As quedas e as fraturas são um paradigma da necessidade de uma abordagem diferenciada do doente idoso. Constituem verdadeiros desafios para os médicos que os acompanham, justificando a criação de modelos de prestação de cuidados que são a bases do desenvolvimento das UOG.

Nestas unidades a intervenção é centrada no doente como uma entidade biopsicossocial e assegurada por uma equipa interdisciplinar que promove a intervenção cirúrgica precoce, a prevenção e tratamento de complicações peri-operatórias, o controlo das doenças crónicas de base e a garantia de mobilização precoce e reabilitação personalizada e intensiva.

O HBA dispõe de uma UOG baseada no modelo de co-gestão dos doentes em que a assistência clínica é partilhada entre Ortopedista e Internista com formação em Geriatria.

Escolhi estagiar na UOG do HBA de modo a complementar na prática clínica a formação teórica adquirida ao longo do Mestrado em Geriatria, aliado ao meu interesse, como médico Fisiatra, na Ortogeriatria.

4. Estágio em Geriatria na UOG do HBA

O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos durante o estágio, realizado na UOG do HBA, no período compreendido entre 1 de maio e 31 de julho de 2022 (400 horas), sob orientação do Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo e co-orientação da Dra. Lia Marques, Assistente Hospitalar em Medicina Interna com competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos.

4.1. Objetivos do Estágio

A frequência do estágio na UOG teve os seguintes objetivos:

- Compreender que o doente idoso com fratura da extremidade proximal do fémur é um doente médico complexo que necessita de ser abordado segundo a metodologia da Avaliação Geriátrica Global (AGG) numa equipa interdisciplinar
- Fazer a avaliação multifatorial da queda, identificando os fatores predisponentes e precipitantes; e intervir na modificação dos mesmos
- Saber identificar as principais síndromes geriátricas e respetiva atuação clínica
- Desenvolver as capacidades de comunicação e trabalho em equipa interdisciplinar, incluindo o doente e familiares/cuidadores nesta equipa

4.2. Descrição da UOG

A UOG do HBA iniciou a sua atividade em janeiro de 2019 e corresponde a um percurso clínico específico para todos os doentes com 65 ou mais anos de idade e fratura da extremidade proximal do fémur que são admitidos no Serviço de Urgência do Hospital. Através deste percurso, e da sua equipa interdisciplinar, a Unidade assegura cuidados individualizados e centrados no doente.

Os objetivos da UOG são:

- Reduzir o tempo entre a admissão hospitalar e intervenção cirúrgica
- Reduzir a morbimortalidade relacionadas com a fratura, a cirurgia e as comorbilidades do doente
- Reduzir as complicações peri-operatórias
- Reduzir o declínio físico, funcional e cognitivo durante o internamento
- Reduzir o tempo de internamento
- Acelerar o regresso ao domicílio/lar/RNCCI
- Prevenir quedas e fraturas subsequentes
- Reduzir os custos diretos e indiretos relacionados com a fratura proximal do fémur
- Promover a investigação na área da Orto geriatria
- Promover a formação em Geriatria a várias classes de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, terapeutas)

Modo de Funcionamento

A UOG é constituída por uma equipa interdisciplinar com vários profissionais de saúde. Funciona num modelo de co-gestão partilhada do doente pelos médicos de Medicina Interna e de Ortopedia que integram a equipa.

Da equipa fazem parte os seguintes elementos:

- Medicina Interna: Dra. Lia Marques e Dra. Diana Repolho
- Ortopedia: Dr. Armando Pereira
- Anestesiasta: Dra. Filipa Pires Duarte
- MFR: Dra. Ana Borges
- Fisioterapia: Terapeuta Nuno Correia e Terapeuta Teresa Santos

- Terapia Ocupacional: Terapeuta Maria Diniz e Terapeuta Ana Paula Ferreira
- Enfermagem: Enfermeira Inês Neves e Enfermeiro Hugo Santos
- Nutrição: Dra. Maria Dias
- Farmacêuticos: Dr. Tiago Lobo e Dra. Raquel Oliveira
- Assistente Social: Dra. Vera Henriques

A equipa ainda recebe médicos internos de Medicina Interna, Ortopedia e Medicina Geral e Familiar para frequência de estágio.

Não existe número máximo de doentes a integrar na UOG, mas a equipa tem capacidade assistencial diária ideal para 14 doentes. Não existem camas fixas atribuídas à UOG e os doentes com critérios de admissão na unidade são alocados preferencialmente ao Serviço de Internamento 2.3.

O *workflow* envolve a referenciação por parte do Ortopedista do doente que recorre ao Serviço de Urgência e que reúne os critérios de admissão na UOG. É desencadeada uma série de procedimentos protocolados para avaliação e estabilização do doente (como análises laboratoriais, controlo da dor, tratamento da anemia) e sinalização interna a todos os elementos da equipa.

A alta clínica depende da concordância entre a Ortopedia e a Medicina Interna e implica estabilização cirúrgica e médica. À data da alta, os doentes são sempre referenciados às consultas de Ortopedia e Orto geriatria.

Funções dos vários elementos da equipa

a) Especialista em Medicina Interna com competência em Geriatria:

- Avaliação inicial do doente nas primeiras 72h de admissão hospitalar (situação clínica, funcional, cognitiva, nutricional e social prévia, com recurso a entrevista ao doente e familiares/cuidadores)
- Avaliação das circunstâncias da queda e intervenções para prevenção secundária
- Tratamento de condições médicas agudas, compensação de doenças crónicas e prevenção de complicações médicas
- Revisão terapêutica com enfoque na identificação e eliminação de terapêutica potencialmente inapropriada

- Planeamento partilhado com o ortopedista da alta hospitalar, acautelando os cuidados necessários do ponto de vista médico e ortopédico, os cuidados de enfermagem, a continuação do programa de reabilitação e as necessidades sociais

b) Especialista em Ortopedia:

- Diagnóstico da fratura da extremidade proximal do fémur
- Decisão do tratamento (conservador ou cirúrgico)
- Tratamento cirúrgico célere (idealmente nas primeiras 48h de modo a reduzir as complicações peri-operatórias e a morbimortalidade)
- Avaliação regular no pós-operatório com estabilização e resolução de complicações ortopédicas que surjam
- Planeamento partilhado com o internista da alta hospitalar, acautelando os cuidados necessários do ponto de vista médico e ortopédico, os cuidados de enfermagem, a continuação do programa de reabilitação e as necessidades sociais

c) Especialista em Anestesia:

- Avaliação pré-operatória do doente
- Decisão da técnica anestésica em função das comorbilidades, tipo de fratura e técnica cirúrgica
- Colaboração com a Medicina Interna no controlo da dor peri-operatória

d) Equipa de Medicina Física e de Reabilitação:

- Promoção da manutenção da capacidade funcional, através do incentivo da mobilização precoce (nas primeiras 12-24h após a cirurgia) e início célere do treino de marcha
- Cabe ao Fisiatra o estabelecimento de um plano de reabilitação motora e funcional, executado pelos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais da equipa durante o internamento
- Ensino aos familiares e cuidadores acerca de aspetos importantes da recuperação pós-cirúrgica (mobilização articular, transferências, acessibilidade, higiene pessoal, escolha e treino com os auxiliares de marcha, recomendação de produtos de apoio, etc.)
- Programação da continuidade de reabilitação após a alta hospitalar, com encaminhamento hospitalar ou extra-hospitalar

e) Enfermagem:

- Prestação diária de cuidados de enfermagem e cuidados pessoais
- Vigilância e avaliação de complicações médicas peri-operatórias
- Promoção da mobilização precoce do doente e da recuperação funcional, em articulação com a Medicina Interna, a Ortopedia e a Medicina Física e de Reabilitação
- Colaboração com os restantes elementos da equipa na avaliação do risco social e intervenção necessária para assegurar alta hospitalar atempada e continuidade do processo de reabilitação
- Participação no planeamento da alta hospitalar, nomeadamente estabelecendo os cuidados de enfermagem necessários

f) Nutrição:

- Avaliação do estado nutricional e identificação de necessidades nutricionais
- Individualização do plano alimentar durante o internamento e estabelecimento de indicações após a alta hospitalar
- Recomendação de suplementação nutricional

g) Farmacêutico:

- Adequação da terapêutica prescrita, com identificação precoce de eventuais interações
- Articulação com a Medicina Interna para otimização da posologia e via de administração
- Detecção da necessidade de ajustes na terapêutica prescrita de acordo com o perfil analítico do doente (função renal, função hepática, etc.) e com o resultado de exame cultural/exame de sensibilidade a fármacos, quando realizados

h) Serviço Social:

- Avaliação da situação social prévia, com recurso a entrevista ao doente/familiares/cuidadores/lar
- Agendamento e realização de conferências com familiares/cuidadores em articulação com a equipa de enfermagem e de reabilitação
- Levantamento dos recursos sociais existentes na área de residência do doente
- Sinalização à Equipa de Gestão de Altas e eventual referenciação à RNCCI

4.3. Atividades desenvolvidas

O estágio decorreu de acordo com as atividades diárias da UOG esquematizadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Horário semanal

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã	Internamento	Reunião da UOG	Internamento	Prevenção de quedas	Sessão clínica do SMI
		Internamento		Internamento	Internamento
Tarde	Internamento	Internamento	Consultas	Internamento	Internamento

4.3.1 Internamento

A atividade assistencial exercida no Internamento foi uma parte essencial do trabalho desenvolvido durante o estágio.

As atividades realizadas incluíram:

- Elaboração de notas de admissão na unidade no período pré-operatório
- Avaliação Clínica dos doentes da UOG de acordo com a periodicidade definida na avaliação inicial, quer durante o período pré-operatório quer no pós-operatório
- Revisão da terapêutica em curso, assim como da terapêutica do ambulatório (em particular a suspensão de fármacos potencialmente inapropriados e relacionados com quedas)
- Investigação etiológica e prevenção secundária de quedas e fraturas

- Prevenção e tratamento de doenças agudas ou crónicas e complicações peri-operatórias
- Promoção da mobilização precoce (primeiro levante no dia seguinte à cirurgia, exceto se contra-indicação escrita pela Ortopedia) e autonomia
- Avaliação das necessidades sociais e de reabilitação do doente
- Comunicação precoce com os familiares e cuidadores dos doentes para integração na equipa e gestão de expectativas
- Comunicação eficaz com todos os elementos da equipa interdisciplinar
- Apresentação e discussão dos doentes nas reuniões clínicas semanais da UOG
- Elaboração de notas de alta, otimização terapêutica e posterior seguimento em ambulatório

A atividade assistencial da UOG baseia-se na AGG, como recomendado para todos os contextos clínicos de acompanhamento do doente geriátrico. Epstein¹ define a AGG como a “avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário – físico, mental, funcional, social e ambiental – com o objetivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades”.

A AGG tem o objetivo de conhecer com mais precisão o estado do idoso e os seus problemas, possibilitando uma resposta mais completa e adequada dos profissionais e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para o idoso. Deve ser uma avaliação periódica; e sempre que se verifiquem situações de risco (luto, doença grave, institucionalização, alteração do modo de vida, incapacidades).

A avaliação de cada doente internado englobou a realização da história clínica com enfoque nas doenças orgânicas crónicas e agudas, hábitos farmacológicos atuais e alergias, vacinação, circunstâncias da queda e situação social. As características arquitetónicas do domicílio (pisos, elevador, escadas, largura de corredores, tipo de casa de banho, etc.) também era investigada. Estas informações eram obtidas através dos dados referidos pelo doente, familiares, cuidadores e profissionais das instituições de saúde no caso de doentes institucionalizados, além da consulta dos recursos eletrónicos disponíveis.

A AGG compreende a avaliação do estado funcional do doente e para tal pode-se recorrer a vários instrumentos como a Escala de Barthel (para as atividades básicas da vida diária); Escala de Lawton e Brody (para as atividades instrumentais da vida diária); Functional Ambulatory Categories (FAC) (para avaliação da capacidade de marcha); avaliação do estado cognitivo, através de entrevista à família e/ou doente para determinar os estadios da Global Deterioration Scale (sempre que necessário recorreu-se ao MMSE); avaliação da fragilidade, através do Clinical Frailty Scale; avaliação do estado nutricional, através do Mini Nutritional Assessment, medidas antropométricas (peso, altura, IMC, perímetro geminal) e inquérito alimentar.

O contato com a família e cuidadores revela-se essencial para a realização da história clínica, complementar as escalas de avaliação geriátrica, assim como para estabelecer um plano integrado de cuidados após a alta hospitalar.

Durante o estágio tive a possibilidade de acompanhar a equipa em reuniões familiares e ensinamentos. Nestas conferências com os médicos, terapeutas, enfermeiros e assistente social eram entregues folhetos informativos aos doentes e seus familiares com cuidados no domicílio, abordadas eventuais alterações a realizar no domicílio (calçado, mobiliário, WC, corrimão, banheira/poliban) e recomendados produtos de apoio e auxiliares de marcha. Constituíam um espaço essencial para expressão de receios e dúvidas por parte dos doentes/familiares e esclarecimento dos mesmos, com componente prático.

Casuística dos doentes internados por fratura da extremidade proximal do fémur

Durante o período do estágio (maio, junho e julho de 2022) foram admitidos na UOG 67 doentes com fratura da extremidade proximal do fémur.

Relativamente aos doentes observados, a maioria foi do sexo feminino (89,55%). A média de idades do total de doentes foi de 84,1 anos, sendo que esta variou entre mínimo de 67 anos e máximo de 97 anos.

A média do tempo de internamento foi de 16 dias, com mínimo de 2 dias e máximo de 55 dias. Durante o internamento faleceram 3 doentes.

O tempo médio de espera para tratamento da fratura foi de 5,2 dias, com um tempo mínimo de 1 dia e um máximo de 11 dias.

Tabela 2 – Casuística dos doentes observados no internamento da UOG (n=67)

Doentes internados por fratura da extremidade proximal do fémur	
Número total de doentes	67
- Sexo feminino	60
- Sexo masculino	7
Média de idades (anos)	84,1
- Sexo feminino	84,44
- Sexo masculino	81,62
Idade mínima (anos)	67
Idade máxima (anos)	97
Tempo médio de internamento (dias)	16,01
Mínimo de dias de internamento	2
Máximo de dias de internamento	55
Tempo médio de internamento até à cirurgia (dias)	5,2
Mínimo de dias de internamento até à cirurgia	1
Máximo de dias de internamento até à cirurgia	11
Número de óbitos	3

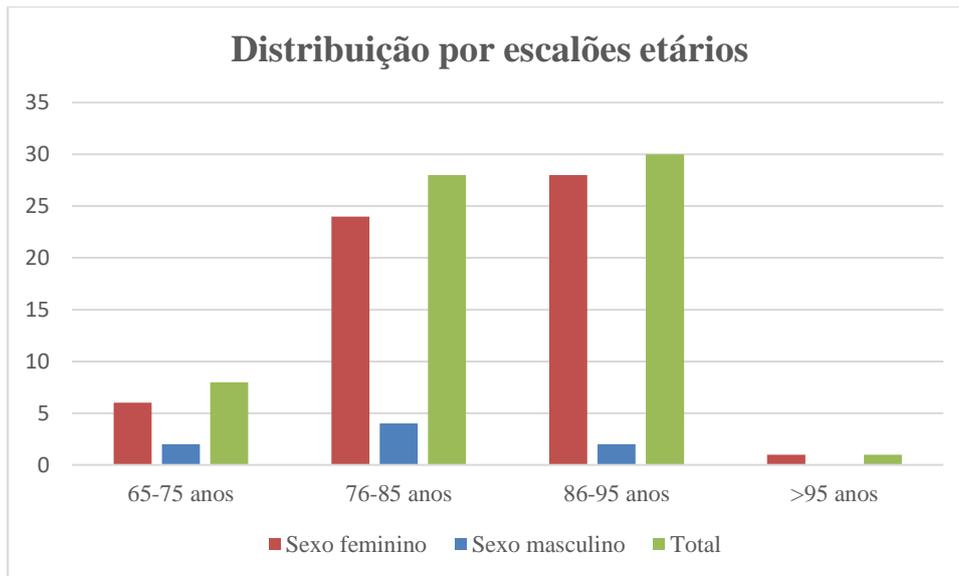


Gráfico 1: Distribuição dos doentes internados segundo o sexo e escalões etários (n=67)

Os doentes foram internados a partir do Serviço de Urgência e a proveniência mais comum à admissão foi o domicílio, onde residiam maioritariamente com familiares.

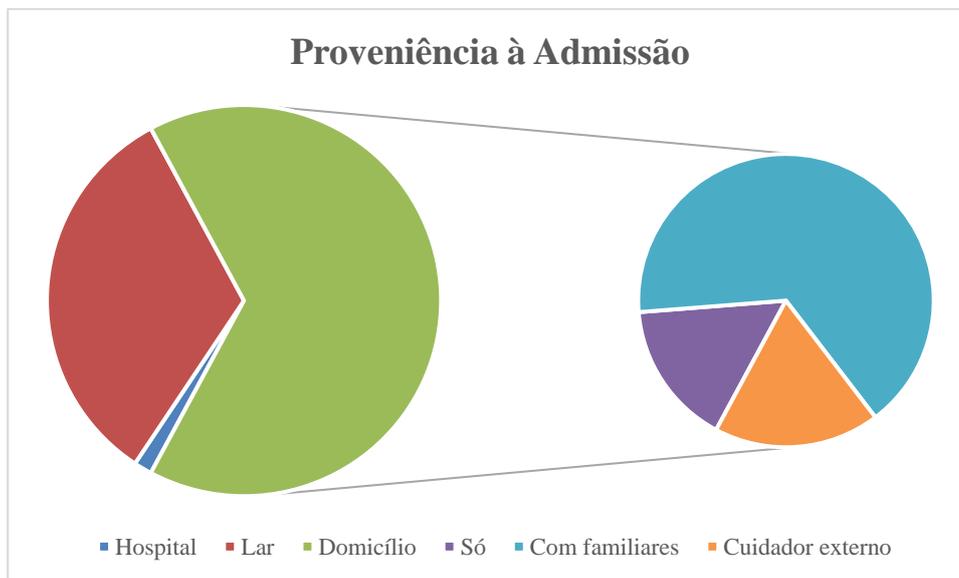


Gráfico 2: Distribuição dos doentes internados de acordo com a proveniência à admissão (n=67)

Em todos os casos observados a fratura resultou de uma queda e o tipo de fratura mais comum foi a fratura intertrocântica (59%).

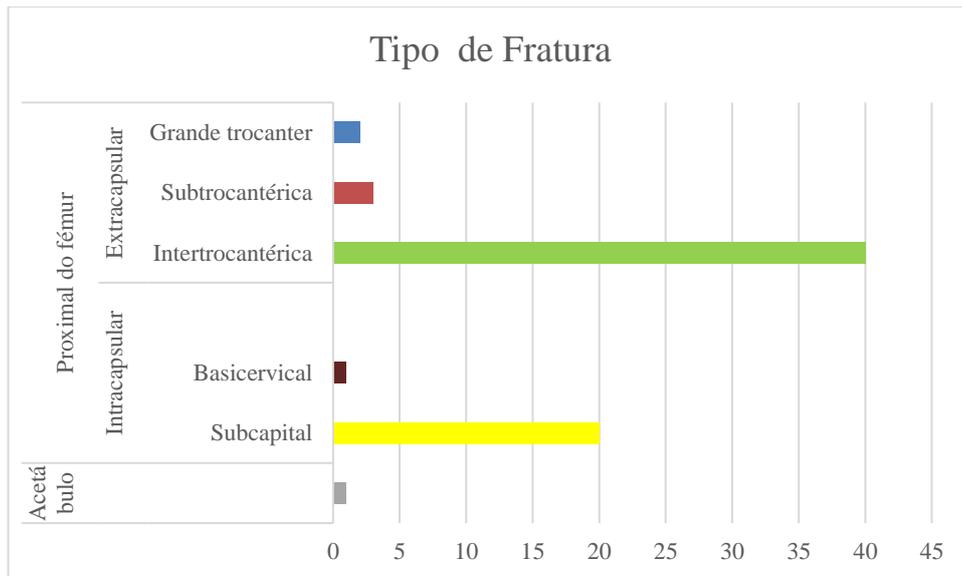


Gráfico 3: Distribuição dos doentes internados de acordo com o tipo de fratura (n=67)

A grande maioria dos doentes foi submetida a intervenção cirúrgica (91%) com osteossíntese com cavilha (59,7%) ou colocação de hemiartroplastia (23,88%).

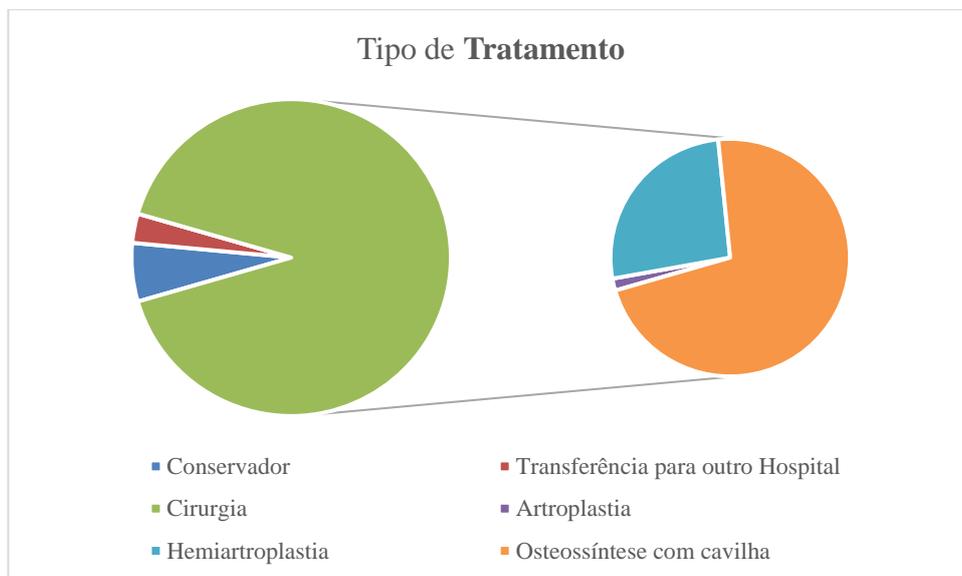


Gráfico 4: Distribuição dos doentes internados de acordo com o tipo de tratamento realizado para a fratura (n=67)

A maioria dos doentes apresentava múltiplas comorbidades, sendo que as mais frequentes se encontram referidas na Tabela 2.

Tabela 2 – Comorbilidades identificadas nos doentes internados

Patologia	n
HTA	39
Dislipidémia	22
Deficiência em Vitamina D	17
Diabetes Mellitus tipo 2	22
Deficiência de folatos	9
Deficiência de Vitamina B12	6
Hipotireoidismo	9
Doença cerebrovascular	7
Doença renal crónica	8
Síndrome demencial	18
Insuficiência cardíaca	5
Fibrilhação auricular	10
Síndrome depressivo	10

Relativamente à dependência nas AVD verificou-se que cerca de 73% apresentava algum grau de dependência, quando aplicada a Escala de Barthel.

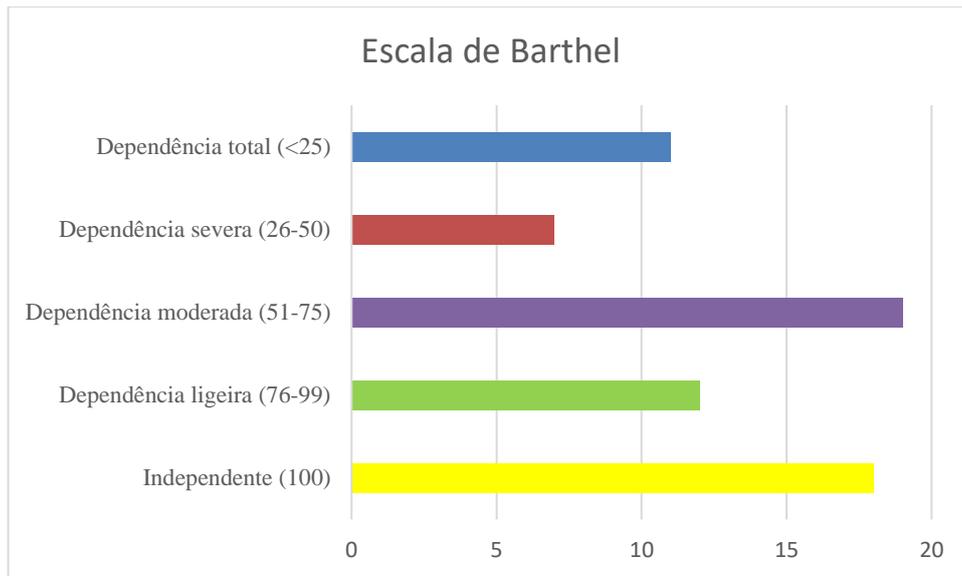


Gráfico 5: Distribuição dos doentes segundo o grau de dependência na Escala de Barthel (n=67)

Relativamente à dependência nas AIVD verificou-se que cerca de 70% apresentava algum grau de dependência, quando aplicada a Escala de Lawton e Brody.

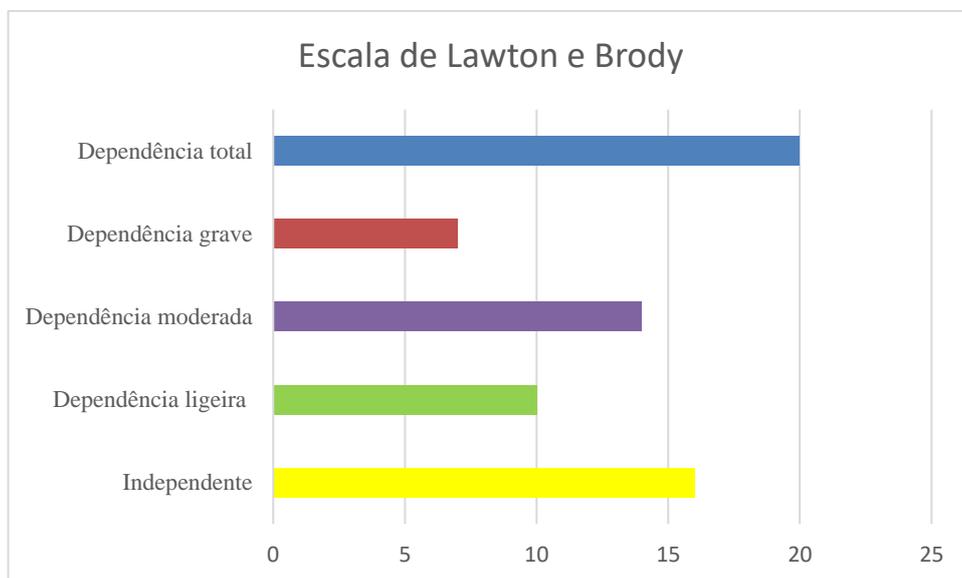


Gráfico 6: Distribuição dos doentes segundo o grau de dependência na Escala de Lawton e Brody (n=67)

A maioria dos doentes mantinha a capacidade para a marcha de forma independente, previamente à queda que originou a fratura.

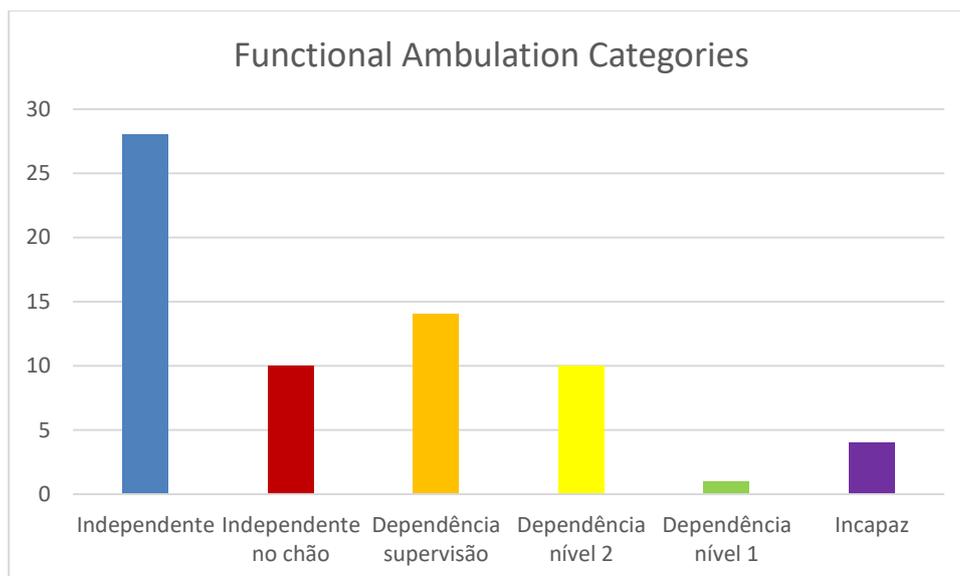


Gráfico 7: Distribuição da capacidade para a marcha na Functional Ambulation Categories (n=67)

Na avaliação do estado cognitivo verificou-se que 73,13% dos doentes estava em estádios pré-demenciais, na GDS. Um número não desprezível de doentes apresentava declínio cognitivo grave, que dificulta o processo de reabilitação após a fratura.

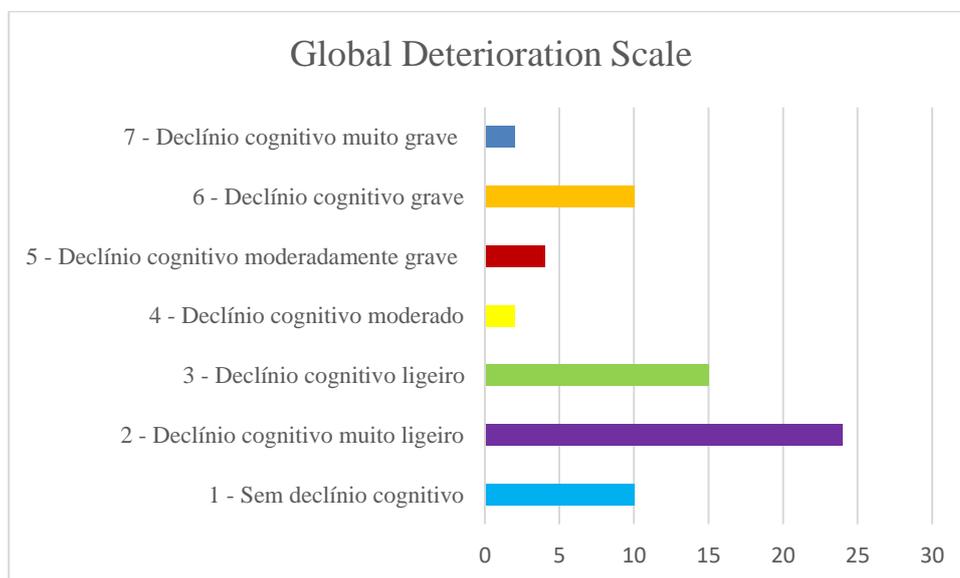


Gráfico 8: Distribuição dos doentes internados segundo o estadio da Global Deterioration Scale (n=67)

Quanto ao estado nutricional, 14,9% dos doentes estavam desnutridos e 23,88% em risco de desnutrição, de acordo com o MNA. Estes doentes internados tiveram uma avaliação

nutricional mais profunda com a nutricionista de modo a ajustar o plano alimentar e evitar as consequências negativas da desnutrição.

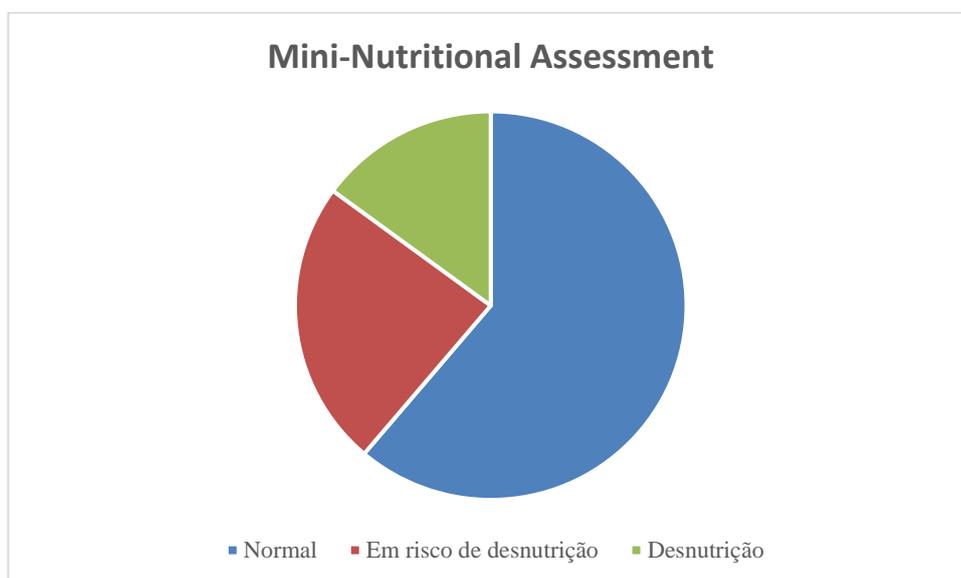


Gráfico 9: Distribuição dos doentes internados segundo o Mini-Nutritional Assessment (n=67)

Quanto à avaliação da presença de fragilidade, recorreu-se ao Clinical Frailty Scale e 74,6% dos doentes apresentava alguma vulnerabilidade ou fragilidade.

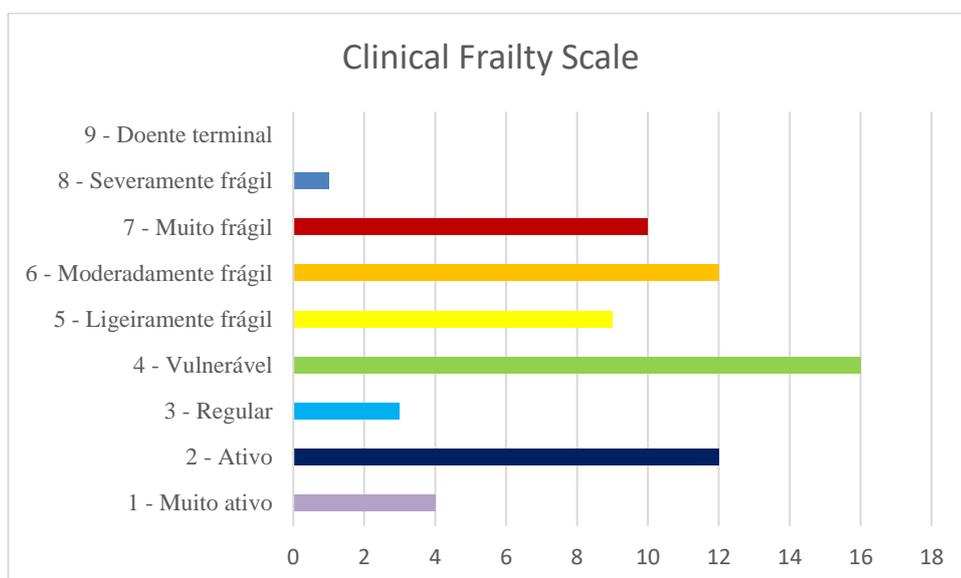


Gráfico 10: Distribuição dos doentes internados segundo o Clinical Frailty Scale (n=67)

Durante o internamento verificaram-se várias complicações, tendo alguns doentes revelado múltiplas. As mais frequentes foram a infeção do trato urinário e a anemia pós-operatória. 9 doentes revelaram *delirium*, uma patologia frequente no idoso hospitalizado e que aumenta a morbimortalidade; e 8 doentes tiveram infeção a COVID-19. 15 doentes não desenvolveram qualquer tipo de complicação.

Tabela 3 – Complicações identificadas nos doentes internados

Patologia	n
COVID-19	8
Anemia pós-operatória	23
<i>Delirium</i>	9
Infeção do trato urinário	33
Pneumonia	3
Insuficiência cardíaca descompensada	2
Úlcera de pressão	2
Queda intra-hospitalar	1
Lesão renal aguda	6
Obstipação	5
Sem intercorrências	15

Dos doentes observados, a maioria teve alta para instituições como os lares ou unidades da RNCCI (UC e UMDR).

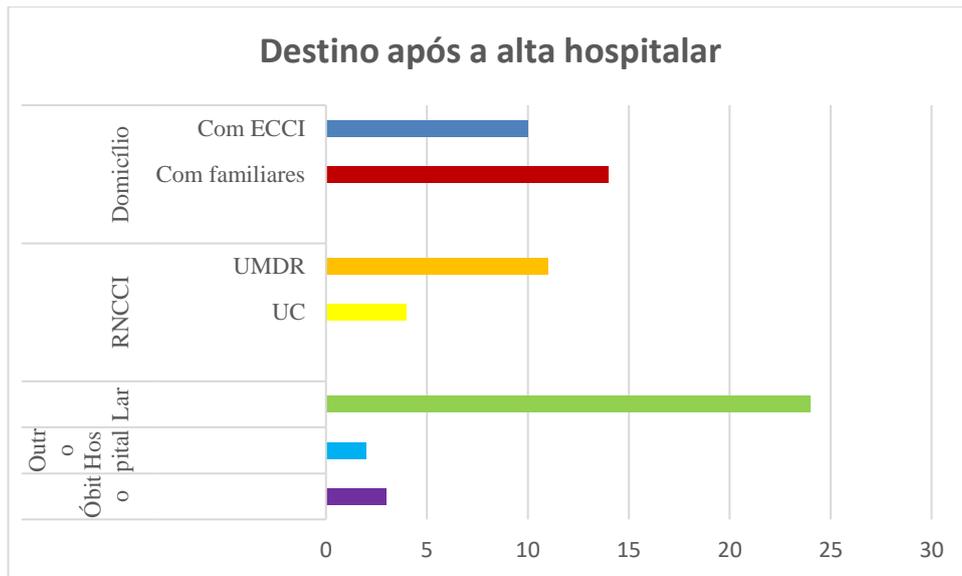


Gráfico 11: Distribuição dos doentes de acordo com o destino após a alta hospitalar (n=67)

4.3.2 Consulta Externa

As consultas externas da UOG realizadas pela Dra. Lia Marques decorriam às quartas-feiras à tarde. Os doentes eram provenientes do internamento da UOG, após alta hospitalar por fratura da extremidade proximal do fémur.

Os objetivos desta consulta eram controlar as doenças crónicas, otimizar a autonomia e funcionalidade, reduzir a hospitalização e institucionalização e melhorar a qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa.

Na consulta era realizada a história clínica e exame objetivo. Eram avaliados os exames auxiliares de diagnóstico, quando realizados; e verificada a adesão e efeitos do plano terapêutico instituído (farmacológico e não farmacológico) aquando da alta hospitalar.

Estas consultas constituíam a ocasião adequada para, em conjunto com o doente e seus familiares/acompanhantes, monitorizar o período pós-alta hospitalar, com a avaliação da evolução física e funcional (indagação sobre ocorrência de quedas e suas consequências), o cumprimento da terapêutica farmacológica (com identificação de medicamentos potencialmente inapropriados) e o esclarecimento ativo de dúvidas.

Durante o período de estágio assisti a 42 consultas. A casuística das consultas assistidas encontra-se resumida na tabela 4.

Tabela 4 – Casuística dos doentes observados na consulta externa da UOG (n=42)

Número total de doentes	42
- Sexo feminino	32
- Sexo masculino	10
Média de idades (anos)	84,42
- Sexo feminino	84,06
- Sexo masculino	85,6
Idade mínima (anos)	69
Idade máxima (anos)	100

4.3.3 Atividade Científica

Durante o estágio tive oportunidade de assistir às seguintes sessões clínicas na UOG:

- 2 e 3/5: ***“Integração na UOG”***

Palestrante: Dra. Lia Marques

- 16/5: ***“Avaliação Geriátrica Global”***

Palestrante: Dra. Lia Marques

- 17/5: ***“Sarcopénia”***

Palestrante: Dra. Ana Borges

- 14/6: ***“Fragilidade”***

Palestrante: Dra. Teresa Silva

- 1/7: ***“Co-gestão em Ortogeriatría”***

Palestrante: Dra. Lia Marques

- 1/7: ***“Instabilidade e quedas”***

Palestrante: Dra. Lia Marques

Assisti ainda às seguintes sessões clínicas do SMI:

- 6/5: ***“Síndrome febril indeterminado”***

Palestrante: Dra. Bárbara Santos

- 27/5: ***“Monkeypox”***

Palestrante: Dra. Teresa Silva

Durante o estágio, incentivado pela Dra. Lia Marques, ajudei a desenhar e implementar um projeto de investigação científica na área da Orto geriatria:

- “Prevalência de sarcopénia em doentes com fratura da extremidade proximal do fémur na unidade de Orto geriatria do Hospital Beatriz Ângelo”

Este estudo observacional prospetivo prevê a inclusão todos os doentes com 65 ou mais anos internados na unidade de Orto geriatria do Hospital Beatriz Ângelo com diagnóstico de fratura da extremidade proximal do fémur. O único critério de exclusão é a incapacidade de compreensão e execução das técnicas de recolha de dados (GDS > 5).

Os doentes serão avaliados nas primeiras 72h de admissão e caracterizados do ponto de vista clínico (doenças e tratamentos), funcional (FAC, SARC-F e Índice de Barthel) e analítico (hemograma, bioquímica, proteínas totais, albumina e vitamina D). Serão avaliadas as 2 variáveis em estudo por parte dos médicos estagiários após treino adequado nas respetivas técnicas: massa muscular por bioimpedância elétrica e força de prensão palmar por dinamometria. O dinamómetro utilizado será o Jamar (será realizada média de 3 medições ou, em caso de fraqueza muscular, considerada a primeira medição. O equipamento de bioimpedância será o Bodystat 1500 MDD.

Fiz a formação e ajudei a formar os médicos internos a estagiar na UOG no uso dos equipamentos para colheita de dados e iniciei o processo recolha de dados.

5. Conclusão

O aumento crescente do número de idosos é uma realidade mundial que tenderá a agravar-se nas próximas décadas.

O processo normal de envelhecimento determina em todas as pessoas, embora com intensidades variáveis, uma diminuição física, mental e funcional que condiciona a sua autonomia e qualidade de vida.

Esta realidade cria exigências diversas, particularmente no plano assistencial e na área dos cuidados de saúde, que justificam a competência médica em Geriatria para responder aos desafios do envelhecimento e a prestação de cuidados mais adequados aos idosos.

Como médico especialista em MFR tornou-se importante aprofundar os meus conhecimentos nesta área, pois o aumento da esperança de vida originou um aumento significativo de doentes acompanhados em consulta de MFR com mais de 65 anos.

Após o primeiro ano de Mestrado de Geriatria, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, decidi realizar estágio na Unidade de Orto geriatria do HBA.

Ao longo dos 3 meses de estágio pude colocar em prática muitos dos conhecimentos teóricos assimilados ao longo do primeiro ano do Mestrado, inserido numa equipa interdisciplinar, muito motivada e interessada em ensinar. Este trabalho em equipa foi essencial para cobrir a complexidade de cuidados que os doentes geriátricos manifestavam, nomeadamente após uma fratura da extremidade proximal do fémur. Cada profissional de saúde da equipa aportou o seu conhecimento e experiência, e assim os cuidados prestados foram mais completos e adequados.

Verifiquei na prática clínica a pertinência da Avaliação Geriátrica Global para o estudo do doente idoso. O estágio permitiu-me identificar os fatores relevantes para uma adequada recuperação funcional dos doentes internados na UOG. Assumiram particular importância a celeridade na realização da intervenção cirúrgica (nem sempre possível por restrições de espaço físico e/ou recursos humanos e organizacionais das instituições) e o objetivo de internamentos menos prolongados (para evitar as complicações da hospitalização).

Com este estágio considero que atingi os objetivos de formação propostos e aumentei os meus conhecimentos na área da Geriatria, o que certamente contribuirá para a melhoria dos cuidados que presto aos doentes que acompanho.

Bibliografia

1. Epstein, AM, Hall, JA, Besdine R, et al (1987). The emergence of geriatric assessment units. The new technology of geriatrics. *Ann Intern Med*, 106: 299-303.
2. DGS. Norma nº 054/2011 de 27/12/2011. Escala de Barthel e instruções.
3. Lawton, MP, Brody, EM (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9: 179-86.
4. Kaiser, MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form: a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*, 13: 782-788.
5. Reisberg, B, Ferris, SH, de Leon, MJ, Crook, T (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139 (9): 1136-1139.
6. Guerreiro, MP, et al (1994), Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 9: vol 1.
7. CIFU, D, Lew, H, Oh-Park, M (2018). *Geriatric Rehabilitation*. Elsevier. Missouri. 1-121.
8. Veríssimo, M, et al (2014). *Geriatrics Fundamental – Saber e praticar*. Lidel. Lisboa. 1-431.
9. Falaschi, P, David, M, et al (2021). *Orthogeriatrics – The management of older patients with fragility fractures*. 2nd edition. Springer. Roma. 3-331.
10. Griffiths, R, Babu, S, Dixon, P, et al (2021). Guideline for the management of hip fractures 2020. *Anesthesia*. 76: 225-237.
11. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Avaliação Geriátrica. Acedido a 10/7/2022, no website da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.

Anexos

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Escala de Barthel – Instruções

GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de “0” em todos os items, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

ESPECÍFICAS

Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então “incontinente” *.

Ocasional * = uma vez por semana.

Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como “ continente”.

Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho*.

Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho*

Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = “independente” se sem supervisão/sem auxílio*.

*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

Índice de Barthel – Instruções

Intestinos

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Continente

Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Continente (há mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

Uso da sanita

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

Alimentação

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

Transferências

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

Mobilidade

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

Vestir

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

Banho

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

TOTAL: (0 – 100)

Clinical Frailty Scale (Rockwood)

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	VERY FIT	People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT	People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g., seasonally.
	3	MANAGING WELL	People whose medical problems are well controlled, even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILITY	Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities . A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.
	5	LIVING WITH MILD FRAILITY	People who often have more evident slowing , and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.

	6	LIVING WITH MODERATE FRAILITY	People who need help with all outside activities and with keeping house . Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
	7	LIVING WITH SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care , from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
	8	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILITY	Completely dependent for personal care and approaching end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
	9	TERMINALLY ILL	Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months , who are not otherwise living with severe frailty . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILITY IN PEOPLE WITH DEMENTIA

The degree of frailty generally corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In **severe dementia**, they cannot do personal care without help. In **very severe dementia** they are often bedfast. Many are virtually mute.



DALHOUSIE UNIVERSITY

www.geriatricmedicineresearch.ca

Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.

Functional Ambulatory Categories (FAC)

Nº	Categoria	Ajuda
0	Não funcional (incapaz)	O doente não consegue andar, ou precisa de ajuda de duas ou mais pessoas.
1	Dependente — nível 2	O doente precisa de apoio firme e contínuo de uma pessoa que o ajude a suportar o peso e a equilibrar-se.
2	Dependente — nível 1	O doente precisa de apoio contínuo ou intermitente de uma pessoa para ajudar com o equilíbrio ou coordenação.
3	Dependente — supervisão	O doente precisa de supervisão verbal ou de ajuda eventual de uma pessoa sem contacto físico.
4	Autónomo — a nível do chão	O doente consegue andar autonomamente a nível do chão, mas precisa de ajuda em escadas, declives ou superfícies irregulares.
5	Autónomo	O doente consegue andar autonomamente em qualquer sítio.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Estado Funcional

Actividades Instrumentais de Vida Diária

Escala de Lawton & Brody

Escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as actividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): Utilização do telefone, Realização de compras, Preparação das refeições, Tarefas domésticas, Lavagem da roupa, Utilização de meios de transporte, Manejo da medicação e Responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação pode ser obtida através do questionário directo ao idoso, familiares ou cuidadores. Pode ser aplicado por médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

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

PONTUAÇÃO:

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

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

Tempo de aplicação: 5 minutos

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

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

2- FAZER COMPRAS

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

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

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

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

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

5- LAVAGEM DA ROUPA

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

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

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

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

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

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

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

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Estado Cognitivo

Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein

Questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas.

É constituído por várias questões, que avaliam a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva.

A informação é obtida através do questionário directo ao idoso que pode ser aplicado por médicos, psicólogos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

PONTUAÇÃO:

É atribuído um ponto à resposta correta a cada questão, perfazendo a pontuação final o máximo de 30 pontos.

A interpretação da pontuação final depende do nível educacional do idoso.

	Pontos
Analfabetos	≤15
1 a 11 anos de escolaridade	≤22
Escolaridade superior a 11 anos	≤27

Tempo de aplicação: 5-10 minutos

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. “Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” _____

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

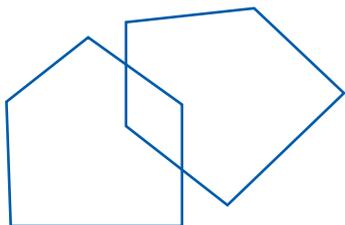
d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

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

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

ESCALAS DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Estado Nutricional

Mini-Nutritional Assessment

Questionário que permite detectar a presença ou o risco de malnutrição no idoso, sem recurso a parâmetros analíticos

A informação é obtida através do questionário directo ao idoso ou a familiares/cuidadores (excluindo as questões sobre a auto-percepção). Pode ser aplicada por médicos, nutricionistas /dietistas, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

A primeira parte (Triagem) é constituída por 6 questões. Caso não seja possível determinar o IMC (p.ex. doentes acamados) pode-se em alternativa usar o perímetro da perna – se $PP < 31$ cm corresponde a 0 pontos; se $PP \geq 31$ cm corresponde a 3 pontos.

Caso a pontuação da triagem seja sugestiva da presença ou risco de malnutrição, é realizada a segunda parte do questionário. Na segunda parte (Avaliação Global) é aprofundada a avaliação através de 12 questões adicionais.

A cada questão é atribuída uma pontuação, cuja soma permite identificar 3 categorias: estado nutricional normal, sob risco de malnutrição, malnutrição.

Tempo de aplicação: 5 minutos (triagem)
10 minutos (avaliação global)

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção “triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “triagem”. Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

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

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

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

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²])

- 0 = IMC < 19
1 = 19 IMC < 21
2 = 21 IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim 0 = não

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim 1 = não

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; **56A**: M366-377
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com

J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim não
 - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim não
 - carne, peixe ou aves todos os dias? sim não
- 0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0,5 = duas respostas «sim»
1,0 = três respostas «sim»

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0,0 = menos de três copos
0,5 = três a cinco copos
1,0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0,0 = pior
0,5 = não sabe
1,0 = igual
2,0 = melhor

Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0,0 = PB < 21
0,5 = 21 PB ≤ 22
1,0 = PB > 22

R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da triagem

Pontuação total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

- de 24 a 30 pontos estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos desnutrido