



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO EM GERIATRIA – TRABALHO FINAL

JOANA DANIELA OLIVEIRA GONÇALVES

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM GERIATRIA

-ESTÁGIO-

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO
DRA. BENILDE BARBOSA

JULHO/2020

ÍNDICE

RESUMO	2
ABSTRACT	4
INTRODUÇÃO	5
OBJETIVOS	6
CARATERIZAÇÃO GERAL DO ESTÁGIO	7
CHUC - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CHUC: ENFERMARIA C E CONSULTA DE GERIATRA.....	8
ENFERMARIA C – CHUC.....	9
CONSULTA GERIATRIA - CHUC.....	21
HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – UNIDADE DE ORTOGERIATRIA E CONSULTA DE ORTOGERIATRIA	28
UNIDADE DE ORTOGERIARIA	28
CONSULTA ORTOGERIATRIA – HSFX.....	35
CHUC – UNIDADE INTEGRADA PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO (UniESA)	38
ATIVIDADE CIENTÍFICA.....	48
CONCLUSÃO	49
BIBLIOGRAFIA	51

Índice de Quadros

Quadro 1: Cronograma do estágio observacional de Geriatria.....	7
Quadro 2: Distribuição dos doentes segundo o género	10
Quadro 3: Grandes categorias de diagnóstico	15
Quadro 4: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Respiratório mais frequentes no sector	15
Quadro 5: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Genito-urinário mais frequentes no sector	15
Quadro 6: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Circulatório mais frequentes no sector	16
Quadro 7: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Digestivo mais frequentes no sector	16
Quadro 8: Grandes Categorias de Diagnósticos Secundários.....	18
Quadro 9: Frequência dos diagnósticos secundários, por grupo nosológico do ICD-10- CM	20
Quadro 10: Distribuição dos doentes segundo o género.....	22
Quadro 11: Avaliação funcional breve	25
Quadro 12: Distribuição etária dos doentes seguidos em consulta de geriatria do CHUC	25
Quadro 13: Distribuição dos doentes segundo o género.....	31
Quadro 14: Frequência dos diagnósticos secundários, por grupo nosológico do ICD-10- CM ...	33
Quadro 15: Intercorrências durante o internamento no serviço de Orto geriatria do HSFX.....	34
Quadro 16: Distribuição dos doentes segundo o género.....	36
Quadro 17: Parâmetros avaliados na consulta Externa de Orto geriatria do HSFX.....	37
Quadro 18: Distribuição dos doentes segundo o género.....	41
Quadro 19: Grandes categorias de diagnóstico	44
Quadro 20: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Respiratório mais frequentes no sector	45
Quadro 21: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Genito-urinário mais frequentes no sector	45
Quadro 22: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Circulatório mais frequentes no sector	45
Quadro 23: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Digestivo mais frequentes no sector	45
Quadro 24: Diagnósticos principais do grupo das Doenças Infecciosas e Parasitárias mais frequentes no sector	46
Quadro 25: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários mais frequentes no sector	46
Quadro 26: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Sistema Nervoso Central mais frequentes no sector	46
Quadro 27: Frequência dos diagnósticos secundários, por grupo nosológico do ICD-10- CM ...	47
Quadro 28: Trabalhos científicos realizados ao longo do estágio observacional de Geriatria	48

Gráficos

Gráfico 1: Distribuição etária dos doentes internados por sector	11
Gráfico 2: Índice de Katz à entrada	12
Gráfico 3: Distribuição etária dos doentes seguidos em consulta de geriatria do CHUC	23
Gráfico 4: Distribuição etária dos doentes internados na Orto geriatria	32
Gráfico 5: Distribuição etária dos doentes internados por sector	41
Gráfico 6: Índice de Katz à entrada	42

Figuras

Figura 1: Desenho Livre	26
Figura 2: Cópia de textos	27
Figura 3: Pintura de desenho	27
Figura 4: Critérios Elegibilidade UniESA	39

RESUMO

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial e progressivo com uma repercussão obvia nos serviços de saúde. 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 famílias.

O presente relatório diz respeito ao estágio observacional, integrado no Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina de Coimbra, que realizei no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Serviço de Medicina Interna – Enfermaria C; Consulta Externa de Geriatria e UniESA - Unidade Integrada para o Envelhecimento Saudável e Ativo), bem como no Hospital São Francisco Xavier (Serviço de Medicina Interna – Unidade de Ortogeriatrics e Consulta Externa de Geriatria), com a duração total de 400h.

Durante o estágio observacional, nos diferentes serviços tive a oportunidade de acompanhar médicos com a competência em geriatria, nomeadamente a Dra. Benilde Barbosa, a Dra. Sofia Duque e o Dr. Hélder Esperto, a quem muito agradeço pelos conhecimentos que me transmitiram.

Integrei equipas multidisciplinares e tive a oportunidade de fazer frequentemente a avaliação geriátrica global, gestão da multimorbilidade, polimedicação e prevenção de iatrogenia farmacológica e não farmacológica, sugerir o diagnóstico e tratamento de síndromes geriátricos, priorizar os problemas de saúde dos doentes idosos e fazer investigação em Geriatria.

As pessoas idosas apresentam simultânea e muito frequentemente, problemas de natureza económica e social, pelo que o auxílio de outros profissionais, nomeadamente enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e farmacêuticos pode contribuir para a avaliação holística dos doentes e suas famílias/cuidadores.

Palavras-Chave

Geriatria, Idosos, Estágio

ABSTRACT

Population aging is a worldwide and progressive phenomenon with an obvious impact on health services. Geriatrics has the fundamental objective of accompanying the elderly people in this aging process, studying and preventing diseases and optimizing the quality of life of them, their caregivers and their families.

This report concerns the observational internship, integrated in the Master's Degree in Geriatrics at the Faculty of Medicine of Coimbra, which I conducted at the Hospital and University Center of Coimbra (Internal Medicine Service - Ward C; External Consultation of Geriatrics and UniESA - Integrated Unit for the Healthy and Active Aging), as well as at the São Francisco Xavier Hospital (Internal Medicine Service - Orthopedics and Geriatric Outpatient Unit), with a total duration of 400 hours.

During the observational internship, in the different services I had the opportunity to accompany doctors with competence in geriatrics, namely Dr. Benilde Barbosa, Dr. Sofia Duque and Dr. Hélder Esperto, to whom I am very grateful for the knowledge that they transmitted to me.

I've integrated multidisciplinary teams and had the opportunity to make a global geriatric assessment, multimorbidity management, poly medication and prevention of pharmacological and non-pharmacological iatrogeny, suggest the diagnosis and treatment of geriatric syndromes, prioritize the health problems of the elderly patient and do research in Geriatrics.

Elderly people often have problems of an economic and social nature at the same time, so the help of other professionals, namely nurses, social workers, nutritionists, physiotherapists and pharmacists, can assist in the holistic assessment of patients and their families / caregivers.

Keywords

Geriatrics, Eldery, Internship

INTRODUÇÃO

Na nossa sociedade constata-se um aumento significativo de pessoas com idade cada vez mais avançada e em situação de dependência de outrem. As alterações demográficas que ocorreram, essencialmente, no último século vieram colocar aos governos, famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados.

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada nas mudanças de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, e uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico.

O objetivo da geriatria passa, essencialmente, por acompanhar o utente idoso no seu processo de envelhecimento, estudando, prevenindo e tratando doenças, com o objetivo final de prolongar a sua vida e otimizar a sua qualidade de vida, sem esquecer o bem-estar e a qualidade de vida dos cuidadores/famílias.

Enquanto Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar e, de acordo com o meu gosto pessoal, decidi realizar no ano letivo 2017/2018 a pós-graduação em geriatria. Considero que a realização do Mestrado de Geriatria, na vertente de estágio observacional é, sem dúvida, uma mais valia para o meu processo de aprendizagem, na medida em que ganharei ferramentas para poder acompanhar e orientar os utentes idosos do meu ficheiro e suas famílias/cuidadores, enquanto futura Médica de Família.

O presente relatório diz respeito ao estágio observacional que realizei no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Serviço de Medicina Interna – Enfermaria C; Consulta Externa de Geriatria e UniESA - Unidade Integrada para o Envelhecimento Saudável e Ativo), bem como no Hospital São Francisco Xavier (Serviço de Medicina Interna – Unidade de Ortogeriatrics e Consulta Externa de Geriatria).

OBJETIVOS

- Acompanhamento de médicos especialistas em medicina interna, com competência em geriatria, na sua prática diária;
- Reconhecer os vários tipos de doenças que atingem os idosos da Consulta Externa de Geriatria/ Unidade de Ortogeriatria/ Enfermaria de Medicina Interna/ UnIESA (Unidade Integrada para o Envelhecimento Saudável e Ativo);
- Integrar a equipa multidisciplinar dos vários serviços hospitalares onde decorreu o estágio observacional;
- Compreender o circuito do doente desde o momento da entrada na Enfermaria de Medicina Interna/ UnIESA/ Unidade de Ortogeriatria até ao momento de alta;
- Domínar os instrumentos de avaliação geriátrica;
- Melhorar a análise holística dos problemas dos idosos e não apenas a doença física;
- Conhecer estratégias que permitam um envelhecimento saudável;
- Propor atitudes e comportamentos preventivos em relação à doença e bem estar dos idosos;
- Propor o diagnóstico diferencial entre o que é patologia e o que é envelhecimento fisiológico;
- Acompanhar na decisão de instituição de terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas em função da idade.

CARATERIZAÇÃO GERAL DO ESTÁGIO

O estágio observacional de Geriatria decorreu desde maio de 2019 a março de 2020 (11 meses).

De maio a dezembro de 2019 realizei o estágio observacional no serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) - Enfermaria C e Consulta Externa de Geriatria, sob supervisão da Dra. Benilde Barbosa.

De 3 a 11 de fevereiro de 2020 fiz estágio observacional no Hospital São Francisco Xavier – Serviço de Medicina Interna, Unidade de Ortogeriatría e Consulta Externa de Geriatria, sob supervisão da Dra. Sofia Duque.

De 17 de fevereiro a 9 de março realizei o estágio observacional na UnIESA, sob supervisão do Dr. Hélder Esperto.

O cronograma do meu estágio é apresentado no quadro seguinte (**Quadro 1**):

56h HSFX; 104h UniESA; 240h CHUC

	Maio a	Fevereiro		Março
	Dezembro 2019	3 a 11	17 a 28	2 a 9
Medicina Interna CHUC Enfermaria C e Consulta de Geriatria				
Medicina Interna HSFX Unidade de Ortogeriatría e Consulta Externa de Geriatria				
Medicina Interna CHUC UnIESA				

Quadro 1: Cronograma do estágio observacional de Geriatria

CHUC - SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO CHUC: ENFERMARIA C E CONSULTA DE GERIATRA

O CHUC é um dos maiores centros hospitalares do país, criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, que determinou a fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra (incluindo a Maternidade Daniel de Matos), do Centro Hospitalar de Coimbra (incluindo o Hospital Geral (HG), o Hospital Pediátrico e a Maternidade Bissaya Barreto) e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra (incluindo o Hospital Sobral Cid).

O Serviço de Medicina Interna do CHUC é constituído por internamento, consulta externa e hospital de dia e assegura a maior parte da equipa de Medicina do serviço de urgência (dividido pelos dois polos, Hospital da Universidade de Coimbra e Hospital Geral). Além da atividade clínica, tem uma forte componente universitária, sendo simultaneamente Clínica Universitária de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). O Serviço é constituído por 5 enfermarias nos HUC (A a E) e 3 no HG (F a H (UnIESA)), cada uma delas coordenada por um médico com a categoria de assistente graduado sénior ou assistente graduado.

O estágio observacional que realizei na Consulta de Geriatria e Enfermaria C do CHUC, ocorreu sob supervisão da Dra. Benilde Barbosa.

Desde maio a dezembro de 2019 (30 períodos de 8h, às quintas-feiras, perfazendo um total de 240h) acompanhei a Dra. Benilde Barbosa na sua atividade clínica. Durante este período tive igualmente a oportunidade de acompanhar um interno de 5º ano de Medicina Interna (Dr. David Donaire), um interno de formação específica de Oncologia (Dr. Fábio Salgueiro) e vários internos de formação geral e alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Às quintas-feiras ocorria uma reunião de serviço (que abordarei mais à frente), seguindo-se a visita aos doentes da enfermaria do sector pelo qual estava responsável. Em relação à consulta de Geriatria, esta ocorreu durante o período da manhã.

ENFERMARIA C CHUC

O serviço de Medicina Interna do CHUC – enfermaria C dispõe de 30 camas, maioritariamente ocupada por doentes do género feminino, das quais 6 constituem quartos individuais e 6 partilham o mesmo salão; as restantes estão divididas em quartos de 3 camas. O Sr. Professor Doutor Pereira de Moura é o responsável pela enfermaria. As equipas médicas dos diferentes sectores são responsáveis por 5 a 6 camas da Enfermaria C.

Casuística dos doentes observados

Durante o estágio observacional tive a oportunidade de participar com a Dra. Benilde Barbosa e Internos na visita médica aos doentes internados, auxiliar na colheita detalhada da história clínica, nomeadamente em relação aos antecedentes pessoais relativos a patologias crónicas e agudas, história farmacológica atual, alergias, estado vacinal e situação social (estado civil, local de residência e coabitantes, tipo de domicílio, existência de apoio de cuidadores informais ou formais, serviço de apoio domiciliário, frequência de centro de dia, etc.). À entrada do doente é ainda efetuada avaliação do estado funcional das atividades básicas de vida diária (ABVD): Índice de Barthel; atividades instrumentais de vida diária (AIVD): Escala de Lawton and Brody; avaliação da capacidade de marcha através da Classificação funcional de marcha de Holden, avaliação do estado cognitivo, aplicação da escala de depressão geriátrica, avaliação do estado nutricional: através da triagem do Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), avaliação de medidas antropométricas (peso habitual (antes dos 65 anos), peso atual, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e perímetro geminal).

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar, sob supervisão, exame físico aos doentes, elaborar lista de problemas e formular hipóteses de diagnóstico, acompanhar o pedido de exames complementares de diagnóstico e proceder à sua interpretação, observar ativamente a prescrição médica adequada à situação clínica, definir prognóstico clínico, e colaborar com outros profissionais nomeadamente enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e médicos de outras especialidades e articular com familiares e cuidadores formais e informais.

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

- ✓ S: (Subjetivo/ Queixas do doente)
- ✓ O: (Exame objetivo e exames complementares de diagnóstico)
- ✓ A: (Avaliação/ Problemas)
- ✓ P: (Plano)

À data de alta pude colaborar na realização da nota de alta, fazer revisão terapêutica rigorosa, pensando na indicação terapêutica de cada fármaco, risco e benefício e eliminando medicamentos potencialmente inapropriados após consultar critérios de Beers e STOPP and START. A alta foi sempre promovida desde o primeiro dia de internamento, pelo que articulei com outras instituições (quando necessário) e cuidadores formais e informais.

Indicadores gerais no sector entre maio e dezembro de 2019

Importa referir que a presente análises de dados, corresponde aos doentes idosos que observei, não sendo representável de todos os doentes internados no período de estágio.

Género

Durante o estágio observacional contabilizei um total de 82 internamentos. Dos mesmos, 81 (98,78%) corresponderam a doentes do sexo feminino e 1 (1,22%) do sexo masculino, concordante com a distribuição preferencial da enfermaria C (**Quadro 2**):

GÉNERO	Nº doentes	Percentagem
Feminino	81	98,78%
Masculino	1	1,22%
Total	82	100%

Quadro 2: Distribuição dos doentes segundo o género

Idade

Relativamente à distribuição etária dos doentes internados, a média de idades foi de 80, 42 anos, compreendendo uma idade mínima de 65 anos (doente autónoma internada para realização de

exame de diagnóstico) e uma idade máxima de 97 anos (doente totalmente dependente com diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade, tendo tido alta para Lar). A faixa etária mais prevalente situou-se entre os 80-89 anos. Na verdade, estes dados refletem aquilo que demograficamente ocorre no nosso país: o envelhecimento da população associado ao aumento da esperança média de vida ajudam a compreender a complexidade dos doentes internados em enfermaria, na maioria das vezes com patologias crónicas diversas e múltiplos internamentos. Estratificando os doentes por faixa etária (**Gráfico 1**), constata-se que o grupo de maior peso corresponde aos doentes com idades compreendidas entre os 80 e 89 anos (n=41).

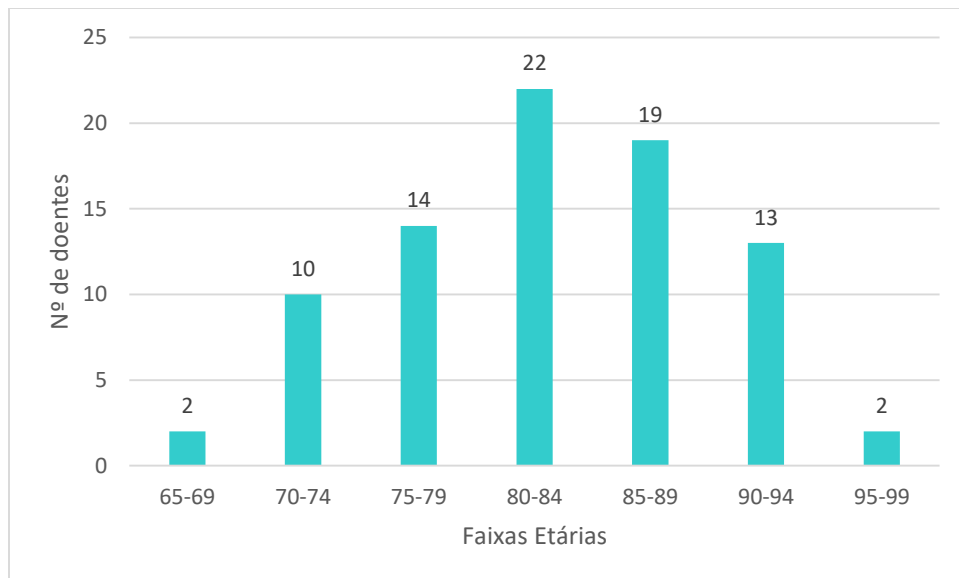


Gráfico 1: Distribuição etária dos doentes internados por sector

Grau de dependência

Foi também avaliado para cada doente internado o grau de dependência no momento de entrada e de saída do internamento, mediante o Índice de Katz.

Esta trata-se de uma escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, nomeadamente: Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; controlo de esfíncteres e Alimentação. Compreende uma pontuação mínima de 0 – “Totalmente Dependente” e máxima de 6 – “Independente” – considerando-se os restantes “Parcialmente Dependentes”.

À entrada verificou-se que 39% (n= 32) dos doentes apresentava Índice de Katz de 0, totalmente dependente, refletindo o grau de vulnerabilidade dos doentes internados neste serviço e 31% (n=

27) com o índice de Katz de 6, independentes (**Gráfico 2**). Dos doentes que tiveram alta, apenas 29% (n=24) eram totalmente dependentes, refletindo desta forma alguma melhoria funcional (em 10%) conseguida durante o internamento.

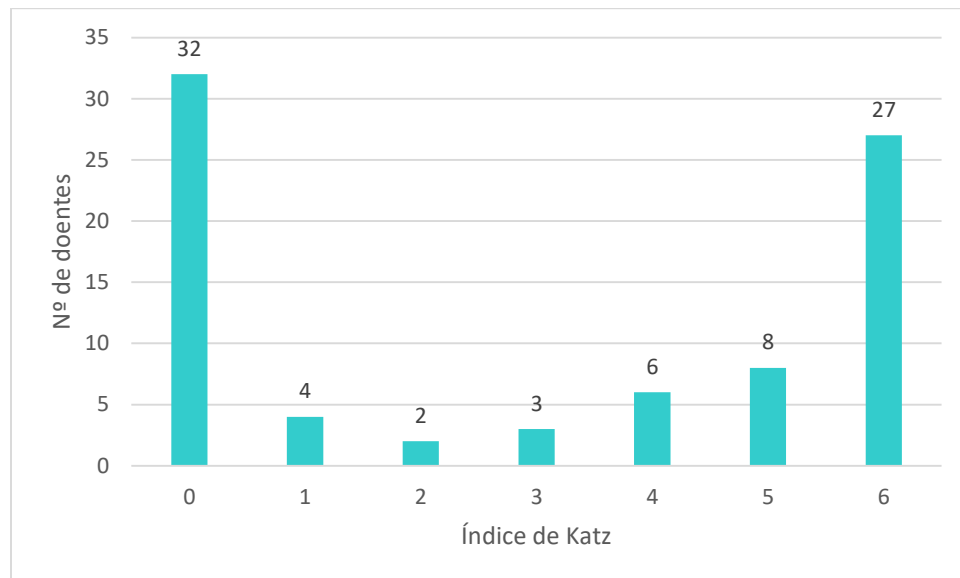


Gráfico 2: Índice de Katz à entrada

Polimedicação

A polimedicação, definida pela toma habitual de pelo menos 5 fármacos, verificou-se em 79,3% (n=65) dos doentes internados.

É consensualmente aceite que a polimedicação, associada à maior suscetibilidade das pessoas idosas, aumenta a morbilidade e mortalidade. O internamento na Medicina Interna constitui frequentemente uma oportunidade para rever de forma exaustiva a medicação habitual dos doentes e proceder aos ajustes necessários.

Tipo de internamento

Previsivelmente, a vasta maioria dos internamentos foi não programada (97,56%, n=80), com 2,44% de internamentos eletivos (n=2).

Proveniência

Quanto ao local de proveniência e tipo de admissão, o local de residência mais comum dos doentes internados foi o domicílio em 40,2%(n=33) dos casos, seguindo-se o Lar em 30,5% (n=25) e por fim a Unidade de Cuidados Continuados, em 29,3% (n=24) das situações.

O tipo de admissão mais frequente foi o não programado, através do serviço de urgência, em 91,5% (n=75) dos casos, e apenas uma pequena amostra admitida a partir da consulta externa e transferência de outros serviços 8,5% (n=7).

Duração do internamento

Embora não tenha feito um seguimento diário dos utentes internados, pude constatar que alguns doentes permaneciam internados quando eu voltava ao serviço na semana seguinte, à quinta-feira.

Assim, os internamentos ao longo dos meses do meu estágio observacional duraram, em média, 10 dias, tendo sido o período mínimo de 1 dia - relacionados com internamentos eletivos para procedimentos diagnósticos - e o máximo de 82 dias -, tratando-se de uma doente que teve de aguardar vaga em UCC após ter perdido a sua.

Destino pós-alta

Relativamente ao destino dos doentes, 70,7% (n=58) teve alta, mantendo seguimento junto do seu Médico de Família. Os restantes doentes foram encaminhados para consultas hospitalares: maioritariamente para a consulta externa de Medicina Interna/ Geriatria, Unidades da RNCCI ou foram transferidos para outras instituições hospitalares.

Diagnóstico Principal

Quanto à análise dos diagnósticos principais dos doentes internados no sector (**Quadro 3**), e agrupando-os em Grandes Categorias de Diagnóstico, de acordo com a *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification* (ICD-10-CM), verifica-se que a maior fração dos doentes se insere no grupo das Doenças do Aparelho Respiratório (n=22),

correspondendo a 26,8 % dos diagnósticos principais, seguida das Doenças do Aparelho Génito-urinário (XIV) em 20,7% (n=17) e Doenças do Aparelho Circulatório (IX) em 19,5% (n=16).

Dentro de cada uma das Grandes Categorias de Diagnóstico, apresentam-se alguns dos diagnósticos principais mais frequentes, representados nos **Quadros 4,5,6 e 7**. Embora a maior parte dos diagnósticos principais se insiram nas categorias referentes às doenças do aparelho respiratório, génito-urinário e circulatório, facilmente se verifica que a vasta maioria se relaciona direta ou indiretamente com patologia de natureza infecciosa (na forma de infeções respiratórias altas e baixas, infeções do trato urinário, entre outras), levando frequentemente à exacerbação/agudização de patologias crónicas pré-existentes (nomeadamente a Insuficiência Cardíaca, Diabetes Mellitus ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).

A elevada prevalência de patologia infecciosa em doentes de idade avançada, com múltiplas comorbilidades e elevado grau de dependência é uma indicação frequente para o internamento num serviço de Medicina Interna, bem como a ocasional incapacidade da família ou meio de suporte social em garantir a prestação de cuidados (nomeadamente a adesão à terapêutica antibiótica) durante estes períodos de maior fragilidade. Ainda assim, verificou-se uma grande diversidade de entidades patológicas e de diferentes categorias de diagnóstico, o que evidencia o papel fundamental da Medicina Interna e o papel do médico com formação em Geriatria, não só nas patologias com atingimento multiorgânico como nas patologias que surgem em doentes cujos diagnósticos de base obrigam a uma abordagem que não observe um único sistema de forma isolada.

Grandes categorias de diagnóstico	Número	Percentagem (%)
X – Doenças do aparelho respiratório	22	26,8
XIV – Doenças do aparelho génito-urinário	17	20,7
IX – Doenças do aparelho circulatório	16	19,5
XI – Doenças do aparelho digestivo	10	12,2
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	9,8
II – Neoplasmas (tumores)	5	6
III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1	1,2
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	1,2

XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	1,2
V – Transtornos mentais e comportamentais	1	1,2

Quadro 3: Grandes categorias de diagnóstico

Doenças do Aparelho Respiratório	Número	Percentagem (%)
Pneumonia bacteriana devida a microrganismo não especificado	11	50,0
Bronquite aguda, não especificada	8	36,4
Pneumonite devido à aspiração de alimento ou vômito	2	9,1
Pneumonite por <i>influenza</i>	1	4,5

Quadro 4: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Respiratório mais frequentes no sector

Doenças do Aparelho Génito-urinário	Número	Percentagem (%)
Infeção do trato urinário, local não especificado	9	52,9
Falência renal aguda, não especificada	4	23,5
Pielonefrite aguda	4	23,5

Quadro 5: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Génito-urinário mais frequentes no sector

Doenças do Aparelho Circulatório	Número	Percentagem (%)
Insuficiência cardíaca congestiva, não especificada	12	75,0
Embolia pulmonar	1	6,3
Endocardite aguda infecciosa	1	6,3
Doença do pericárdio, não especificada	1	6,3
Hipertensão essencial	1	6,3

Quadro 6: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Circulatório mais frequentes no sector

Doenças do Aparelho Digestivo	Número	Percentagem (%)
Encefalopatia hepática, não especificada	5	50,0
Cirrose alcoólica do fígado	2	20,0
Doença hepática tóxica induzida por fármacos	1	20,0
Colangite aguda	1	20,0
Falência hepática, não especificada	1	20,0

Quadro 7: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Digestivo mais frequentes no sector

Diagnósticos Secundários

No que diz respeito aos diagnósticos secundários (**Quadro 8 e 9**), por sua vez, verificou-se que durante este período de 9 meses foram identificados 424 diagnósticos, o que corresponde a uma média de aproximadamente 5,2 diagnósticos por doente, um valor que, mais uma vez, traduz a elevada complexidade dos doentes idosos internados num serviço de Medicina. Verificou-se que a principal entidade nosológica, de acordo com a classificação da ICD-10-CM, foi o das Doenças do Aparelho Circulatório, a que corresponderam essencialmente os diagnósticos de Hipertensão Essencial, Insuficiência Cardíaca e Fibrilhação Auricular; seguido do grupo das Doenças Endocrinológicas, Nutricionais e Metabólicas, principalmente com os diagnósticos correspondentes a Desequilíbrios Hidroeletrólíticos e Diabetes Mellitus Tipo II; depois o Grupo das Doenças do Aparelho Génito-urinário com a Doença Renal Crónica, a Falência Aguda do Rim e a Infecção do Trato Urinário e do Grupo das Doenças do Aparelho Respiratório, com a Insuficiência Respiratória, a Bronquite Crónica Obstrutiva com ou sem exacerbação e a Pneumonia.

Assim, é possível perceber que os diagnósticos secundários do sector correspondem, essencialmente, às comorbilidades do doente, mas também a complicações da patologia e/ou tratamento instituídos.

Grandes Categorias de Diagnósticos Secundários	Número
IX – Doenças do aparelho circulatório	75
IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	64
XIV – Doenças do aparelho génito-urinário	32
X – Doenças do aparelho respiratório	31
III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	29
II – Neoplasmas (tumores)	21
XI – Doenças do aparelho digestivo	18
V – Transtornos mentais e comportamentais	19
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	25
XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	39
XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido	34
VI – Doenças do sistema nervoso	19
XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo	8
VII – Doenças do olho e anexos	9
XVII – Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	1

Quadro 8: Grandes Categorias de Diagnósticos Secundários

Principais Diagnósticos Secundários	Número	% de Diagnósticos	% dos doentes N=82
Hipertensão essencial não especificada como benigna ou maligna	79	18,6	96,3
Insuficiência cardíaca congestiva, não especificada	42	9,9	51,2
Doença Renal Crónica	35	8,3	42,7
Fibrilhação Auricular	20	4,7	24,4
Diabetes Mellitus	64	15,1	78,0
Distúrbios Hidroelectrolíticos	26	6,1	31,7
- Hipocaliémia	10	2,4	12,2
-Hiposmolaridade e/ou hiponatremia	9	2,1	11,0
- Hipercaliémia	5	1,2	6,1
-Hiperosmolaridade e/ou hipernatremia	2	0,5	2,4
Falência aguda do rim, não especificada	18	4,2	22,0
Anemia das doenças crónicas	48	11,3	58,5
Insuficiência respiratória	24	5,7	29,3
- Tipo I (Hipóxica)	20	4,7	24,4
- Tipo II (Hiperclínica)	4	0,9	4,9
Doença pulmonar obstrutiva crónica	15	3,5	18,3
- Com exacerbação aguda, não especificada	9	2,1	11,0
- Sem exacerbação aguda	6	1,4	7,3
Défice de vitaminas do grupo B	26	6,1	31,7
- Défice de ácido fólico	14	3,3	17,1
- Défice de vitamina B12	12	2,8	14,6

Pneumonia bacteriana devida a microrganismo não especificado	29	6,8	35,4
Infeção do trato urinário, local não especificado	28	6,6	34,1
Delírio, não induzido por álcool ou outras substâncias	17	4	20,7
Bronquite aguda, não especificada	13	3,1	15,9
Cirrose alcoólica do fígado	4	0,9	4,9

Quadro 9: Frequência dos diagnósticos secundários, por grupo nosológico do ICD-10- CM

CONSULTA GERIATRIA - CHUC

A consulta de Geriatria no CHUC surgiu em maio de 2015, por proposta do Sr. Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo. Esta consulta pretende responder às necessidades provenientes do facto de cada vez existirem mais pessoas idosas na nossa sociedade e no hospital propriamente dito, bem como pelo facto desta população ter algumas particularidades clínicas. Estas especificidades prendem-se com o próprio envelhecimento e, por outro lado, porque as pessoas idosas têm, normalmente, várias doenças crónicas em simultâneo, assim como outros problemas, nomeadamente problemas sociais ou familiares, que necessitam de uma avaliação conjunta. É essencial que seja feita uma avaliação clínica (médico), mas concomitantemente uma avaliação social (assistente social), funcional (enfermeiro/fisioterapeuta), nutricional (nutricionista) e cognitiva (psicólogo).

Além disso, outra causa frequente de complicações nas pessoas idosas é a polifarmácia, bem como o surgimento de várias limitações funcionais para conseguirem desenvolver as atividades do seu dia-a-dia.

Assim, na consulta de Geriatria todas estas áreas são analisadas, inseridas e avaliadas em conjunto, com o intuito de criar uma resposta que tente, da melhor forma possível, responder às necessidades das pessoas idosas e suas famílias/-cuidadores.

Além dos médicos, a consulta de Geriatria do CHUC no seu arranque inicial integrava outros profissionais de saúde que realizavam a avaliação global da pessoa idosa, nomeadamente, enfermeiro, psicólogo, assistente social e nutricionista.

Em 2019 a consulta de Geriatria era realizada por dois médicos com competência em Geriatria e tinha o apoio de uma Assistente Social. Sempre que havia necessidade foi efetuada referência para outros profissionais de saúde.

Casuística dos doentes observados

A consulta de geriatria do CHUC decorre às quintas-feiras.

São avaliados entre 3-4 doentes em cada dia de consulta. Por mês há cerca de 1 a 2 primeiras consultas.

Género

Durante o meu estágio observacional, contabilizei um total de 95 consultas (**Quadro 10**). Importa referir que no período de estágio alguns doentes tiveram mais do que uma consulta, sendo que observei, na realidade 72 doentes, sendo que 61 (84,7%) corresponderam a doentes do sexo feminino.

GÉNERO	Nº doentes	Percentagem
Feminino	61	84,7%
Masculino	11	15,3%
Total	72	100%

Quadro 10: Distribuição dos doentes segundo o género

Idade

Relativamente à distribuição etária das pessoas idosas com seguimento na consulta de geriatria, a média de idades foi de 79,9 anos.

Estratificando os doentes por faixa etária (**Gráfico 3**), constata-se que o grupo de maior peso corresponde aos doentes com idades compreendidas entre os 75 e 84 anos (n=41).

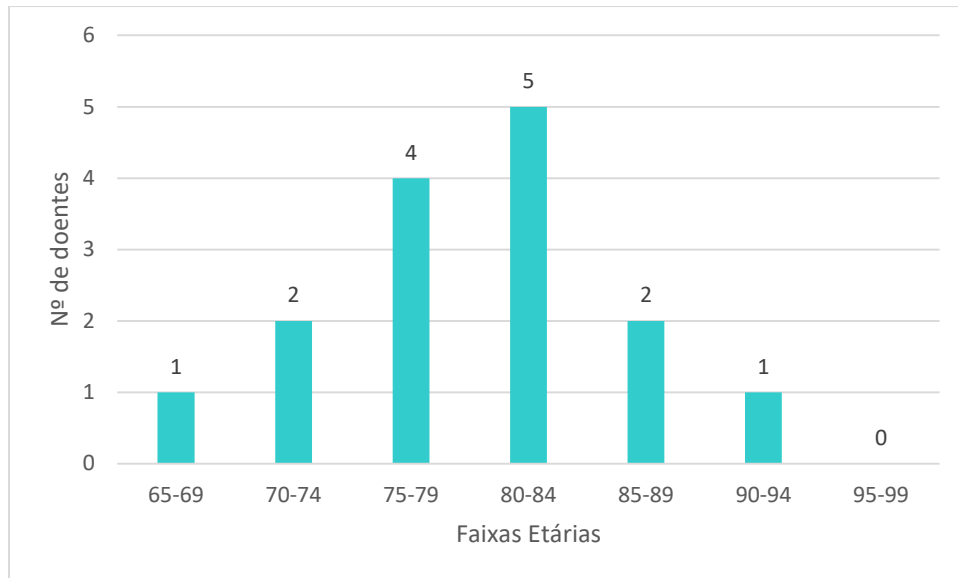


Gráfico 3: Distribuição etária dos doentes seguidos em consulta de geriatria do CHUC

Em cada consulta são registadas as biometrias de cada doente, nomeadamente tensão arterial, frequência cardíaca, peso, IMC, perímetro da perna e perímetro abdominal.

Na consulta propriamente dita além da revisão da lista de problemas do doente (gestão da multimorbilidade), avaliam-se as queixas do doente.

Por norma o doente vem acompanhado à consulta por familiar ou cuidador formal/informal.

Durante a consulta é feita uma revisão da terapêutica atual do doente na tentativa de diminuir a polifarmácia e revendo as possíveis interações farmacológicas e não farmacológicas (prevenção de iatrogenia).

Avaliam-se os exames complementares de diagnósticos pedidos na consulta anterior ou pedidos pelo médico assistente.

É também feita uma abordagem das intercorrências dos últimos meses, nomeadamente em relação a situações de doença aguda, agudização de doença crónica, idas ao serviço de urgência, quedas, necessidade de internamento, de apoios sociais, domiciliários ou institucionalização.

Durante a consulta é utilizada a avaliação funcional breve. Nesta consta uma avaliação funcional, nutricional e cognitiva. Se necessário, compara-se o estado cognitivo do doente no internamento com o observado na consulta, através da aplicação do MMSE®. É ainda dada relevância ao ambiente do domicílio, no que toca principalmente às barreiras arquitetónicas.

Esta avaliação é aplicada em todas as primeiras consultas e depois, de uma forma regular, nas consultas de revisão.

De seguida, é apresentado em forma de quadro (**Quadro 11**), a avaliação funcional breve aplicada nas consultas de geriatria, tendo em conta, igualmente, o número de pessoas idosas que apresentavam alteração (“resultado anormal”) e as quais foram sinalizadas e mantido o seu seguimento adequado.

Avaliação Funcional Breve

Área da avaliação	Procedimento	Resultado anormal	Número (N=72)
Membros superiores	“Toque na nuca com as mãos” “Pegue a caneta que está em cima da secretária”	Não consegue efetuar nem um nem outro procedimento	23
Membros inferiores	Levante-se da cadeira, ande 3 m, volte e sente-se” Tempo de percurso: ...segundos”	Não anda; Ou Não se levanta; Ou “Faz percurso em tempo > a 12”	34
AVD/AIVD	Levanta-se da cama sem ajuda? Veste-se sozinho? Prepara as suas refeições sozinho? Faz as suas compras?	Não a qualquer pergunta	37
Incontinência urinária	Perdeu urina ou alguma vez molhou a roupa íntima?	Sim	17
Nutrição	Peso Altura IMC Perímetro da perna	IMC <21 – Desnutrição IMC > 30 - Obesidade	43
Depressão	Sente-se muitas vezes triste ou deprimido?	Sim	12

Ambiente no domicílio	Tem dificuldade em subir/descer escadas no seu domicílio? Tem banheiras na casa de banho? Tem tapetes “soltos”? Tem zonas da sua casa mal-iluminadas?	Sim a qualquer pergunta	16
Estado mental	Diga e decore esta palavras: Carro; bola e vaso Pedir para repetir passado 1 minuto Desenhar um relógio analógico com os ponteiros a marcarem 11h: 10 min	Não repetir uma palavra Se não tiver todos os números e os ponteiros não marcarem a hora solicitada.	39

Quadro 11: Avaliação funcional breve

No **quadro 12** são apresentados os parâmetros avaliados nas consultas, nomeadamente a polimedicação, a adesão terapêutica, história de internamentos recentes, o agravamento da função cognitiva, do estado nutricional, o aumento do nível de dependência, a história de quedas e da institucionalização.

Parâmetros avaliados na consulta Externa de Geriatria do CHUC

Parâmetro avaliado	Número	% (n=72)
Polimedicação	51	70,8
Adesão terapêutica	41	56,9
Internamentos recentes	9	12,5
Agravamento da função cognitiva	11	15,3
Agravamento do estado nutricional	8	11,1
Aumento do nível de dependência	12	16,7
Quedas	3	4,2
Institucionalização	8	11,1

Quadro 12: Distribuição etária dos doentes seguidos em consulta de geriatria do CHUC

De seguida (**Figura 1, 2 e 3**) apresentam-se alguns trabalhos pedidos aos doentes para realizarem no domicílio, com o intuito de melhorar a atividade cognitiva, nomeadamente o desenho livre e o trabalho de cópia e de pintura. Importa referir que foi pedida autorização verbal para tirar foto aos trabalhos e dado conhecimento da sua divulgação aos doentes.

Desenho Livre



Figura 1: Desenho Livre

Cópia de textos

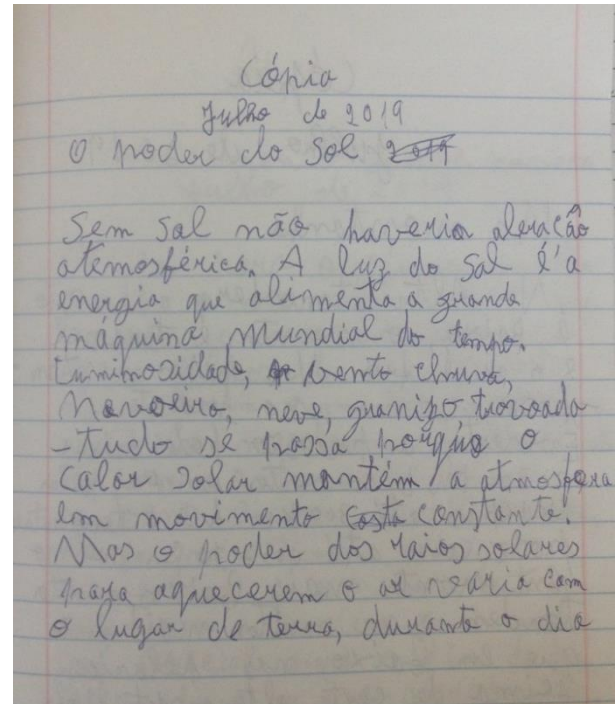
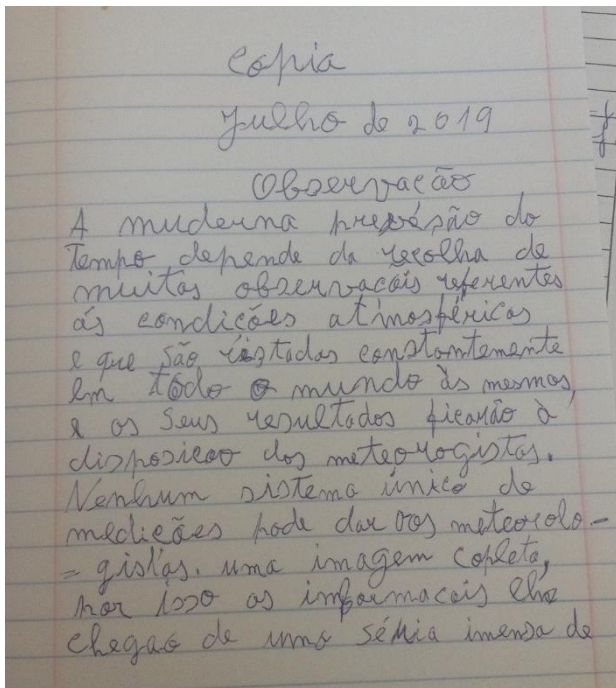


Figura 2: Cópia de textos

Pintura de desenho

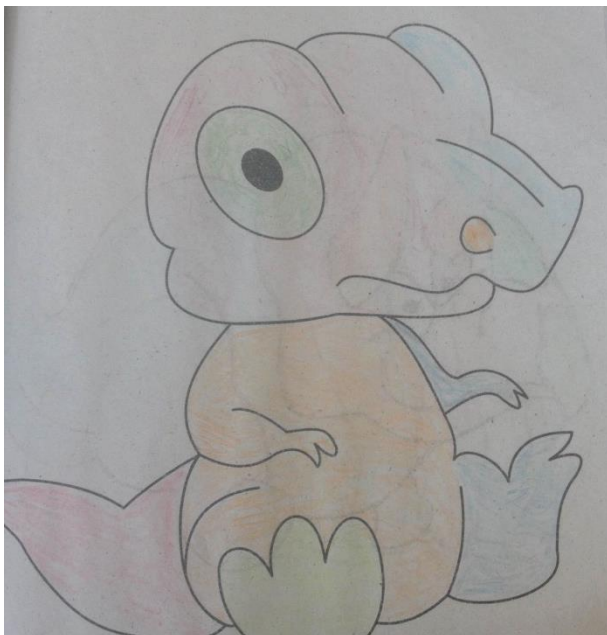


Figura 3: Pintura de desenho

HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA UNIDADE DE ORTOGERIATRIA E CONSULTA DE ORTOGERIATRIA

O estágio observacional que realizei na Unidade de Orto geriatria do HSFX e da Consulta de Geriatria, ocorreu de 3 a 11 de fevereiro (completando 56 horas), sob supervisão da Dra. Sofia Duque.

Durante este período tive igualmente a oportunidade de acompanhar um Interno de Formação Específica (Medicina Interna) - Dr. Cláudio Gouveia -, uma Interna de formação específica - Dra. Tânia Duarte (Oncologia) -, uma Especialista em Medicina Geral e Familiar, Mestranda em Geriatria - Dra. Ana Carvalho - e uma Interna de Formação Geral -, Dra. Teresa Costa.

UNIDADE DE ORTOGERIARIA

A Unidade de Orto geriatria pertence ao Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), o qual faz parte do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., a par com o Hospital de Egas Moniz e Hospital de Santa Cruz, desde 29 de dezembro de 2005.

O Serviço de Medicina Interna tem atualmente como Diretor o Dr. Luís Campos, sendo que a Unidade de Orto geriatria tem como coordenadora a Dra. Sofia Duque.

O serviço de Orto geriatria participa semanalmente nas apresentações de casos raros e revisões bibliográficas realizadas no Serviço de Medicina, nas quais pude participar.

No que concerne à **Unidade de Orto geriatria**, esta centra-se essencialmente na abordagem de doentes idosos com fratura da extremidade proximal do fémur.

A unidade tem os seguintes objetivos:

- Avaliação geriátrica global no doente agudo internado e em regime de ambulatório.
- Gestão integral do doente idoso, articulando com outros profissionais de saúde proactivamente e precocemente.

- Treino na estabilização pré-operatória de doentes ortopédicos e prevenção ou tratamento precoce de complicações peri operatórias.
- Gestão da multimorbilidade, polimedicação e prevenção de iatrogenia farmacológica e não farmacológica.
- Diagnóstico e tratamento de síndromes geriátricas, com especial ênfase para as quedas.
- Priorização dos problemas de saúde do doente idoso.
- Investigação em Geriatria.

Assim, para atingir estes objetivos são observados todos os doentes idosos, com fratura da extremidade proximal do fémur, bem como outros doentes que sejam referenciados pela equipa de ortopedia ou equipa de enfermagem.

Aquando a admissão dos doentes é realizada **Avaliação Geriátrica Global** que inclui:

- História clínica (nomeadamente antecedentes pessoais relativos a patologias crónicas e agudas, incluindo altura do diagnóstico, forma de apresentação, repercussões / consequências) e deve ser calculado o índice de comorbilidade CIRS-G;
- História farmacológica atual, alergias e estado vacinal;
- Circunstâncias da queda;
- Situação social: estado civil, local de residência e coabitantes, tipo de domicílio (nomeadamente em relação a barreiras arquitetónicas), existência de apoio de cuidadores informais ou formais, serviço de apoio domiciliário ou, frequência de centro de dia. É realizado contacto de imediato com a Assistente Social sempre que o doente não esteja institucionalizado, dada a possível necessidade de apoio domiciliário e de forma à sua reintegração rápida no seu ambiente familiar;
- Avaliação do estado funcional: ABVD: Índice de Barthel; AIVD: Escala de Lawton and Brody;
- Avaliação da capacidade de marcha através da Classificação funcional de marcha de Holden;
- Avaliação do estado cognitivo: Mini Mental State Examination;
- Despistar a possibilidade de Depressão geriátrica: Escala de depressão Geriátrica (GDS);

- Avaliação do estado nutricional: através da triagem do MNA-SF, medidas antropométricas (peso habitual (antes dos 65 anos), peso atual, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), perímetro geminal); realizar inquérito alimentar (diário alimentar habitual). A nutricionista é contactada de imediato sempre que o doente apresente no MNA-SF pontuação sugestiva de desnutrição ou risco de desnutrição e/ou IMC < 22 ou >30;
- Pesquisa de fatores de risco de quedas;
- Avaliação do risco de fratura osteoporótica, através do índice FRAX (Fracture Risk Assessment Tool).

Durante o internamento dos doentes é realizada a estratificação pré-operatória do risco cirúrgico. Faz-se, igualmente, prevenção e tratamento de doenças agudas ou crónicas e de complicações que possam ocorrer em ambiente peri operatório e efetua-se uma revisão da terapêutica do doente.

Preconiza-se a comunicação com os doentes, suas famílias, bem como com os cuidadores formais e informais no sentido do planeamento precoce da alta desde o primeiro dia.

Há, ainda, uma avaliação das necessidades sociais e de reabilitação do doente em articulação com a Assistente Social e Fisioterapeutas.

No pós-operatório é promovida a mobilização precoce (1º levante e treino de marcha no dia seguinte à cirurgia, se autorizado pela Ortopedia) e autonomia.

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

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

- ✓ S: (Subjetivo/ Queixas do doente)
- ✓ O: (Exame objetivo e exames complementares de diagnóstico)
- ✓ A: (Avaliação/ Problemas)
- ✓ P: (Plano)

Os Procedimentos à data de alta incluem: realizar nota de alta seguindo o modelo de alta da Unidade de Orto geriatria; fazer revisão terapêutica rigorosa, eliminando medicamentos potencialmente inapropriados após consultar critérios de Beers e STOPP and START assim como incluindo medicação para o metabolismo ósseo (cálcio, vitamina D e bifosfonato), a profilaxia trombótica e da dor.

São, ainda, fornecidas recomendações nutricionais na nota de alta, o que pode incluir suplementação nutricional. Confirma-se o destino do doente e onde será realizada a reabilitação. É realizada marcação de Consulta de Geriatria e Consulta de Fisiatria com exames complementares de diagnóstico para observação na consulta de Geriatria e revê-se com o doente e família a nota de alta e as recomendações.

Casuística dos doentes observados

Género

Durante o meu estágio observacional contabilizei um total de 15 internamentos, dos quais 10 (66,7%) corresponderam a doentes do sexo feminino e 5 (33,3%) do sexo masculino (**Quadro 13**).

GÉNERO	Nº doentes	Percentagem
Feminino	10	66,7%
Masculino	5	33,3%
Total	15	100%

Quadro 13: Distribuição dos doentes segundo o género

Idade

Relativamente à distribuição etária dos doentes internados, a média de idades foi de 76,6 anos. Estratificando os doentes por faixa etária (**Gráfico 4**), constata-se que o grupo de maior peso correspondeu aos doentes com idades compreendidas entre os 75 e 84 anos (n=9).

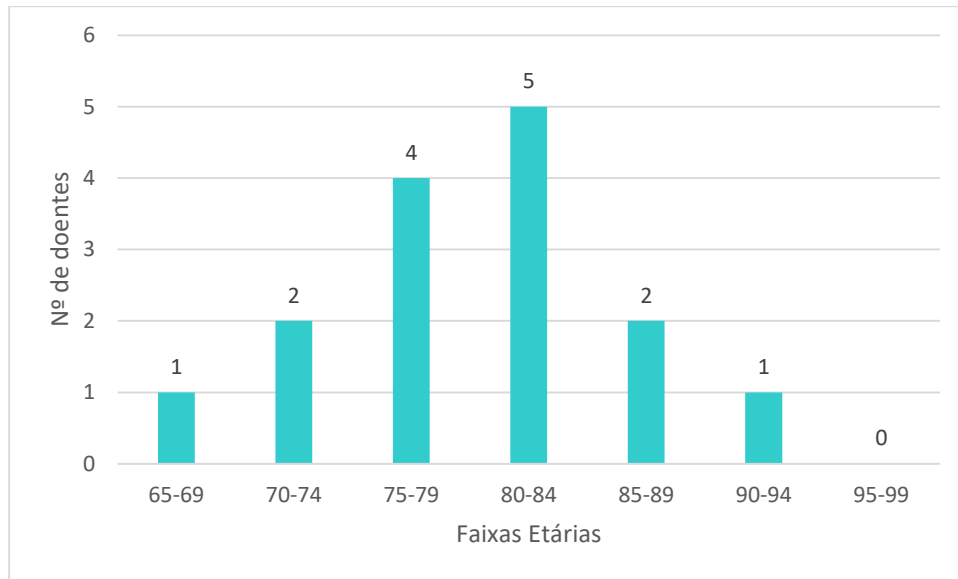


Gráfico 4: Distribuição etária dos doentes internados na Ortopediatria

Diagnósticos Secundários

Os principais diagnósticos secundários dos doentes internados com fratura da anca no serviço e que foram avaliados pela equipa de Ortopediatria foram a hipertensão essencial, insuficiência cardíaca e a catarata senil (**Quadro 14**).

No quadro seguinte é possível analisar os restantes diagnósticos secundários, mais frequentes, dos doentes internados na Ortopediatria, por grupo nosológico do ICD-10-CM.

Principais Diagnósticos Secundários	Número	% dos doentes (N=15)
Hipertensão essencial não especificada como benigna ou maligna	9	60,0
Insuficiência cardíaca congestiva, não especificada	8	53,3
Doença Renal Crónica	4	26,7
Fibrilhação Auricular	3	20,0
Diabetes Mellitus	6	40,0
Anemia por défice de ferro	4	26,7
Doença pulmonar obstrutiva crónica	4	26,7
Bronquite crónica, não especificada	3	20,0
Catarata senil	8	53,3
Demência sem outra especificação	3	20,0
Hipotiroidismo, sem outra especificação	2	13,3
Presbiacusia	6	40,0
Anemia das doenças crónicas	4	26,7

Quadro 14: Frequência dos diagnósticos secundários, por grupo nosológico do ICD-10- CM

Intercorrências

No **quadro 15** é possível observar as principais intercorrências verificadas durante o internamento. Em 4 dos doentes houve um agravamento da anemia no período pós-cirúrgico, com melhoria evolutiva após administração de Ferro EV (carboximaltose férrica). Detetou-se défice de vitamina D em 6 doentes, que iniciaram correção no internamento com suplemento de colecalciferol em dose terapêutica.

Foi também frequente obstipação no pós-cirúrgico, problema já comum no idoso e agravado pelos opióides. A dor aguda também foi uma intercorrência referida pelos doentes. Foi sempre efetuada a administração de analgesia, tendo em conta a aplicação da escala da dor.

Importa referir que não houve reporte de fenómenos tromboembólicos graças ao benefício da anticoagulação em todos os utentes, com ajustes frequentes segundo taxa de filtração glomerular, nem de úlceras de pressão, o que traduz os benefícios da indicação do levantar precoce no primeiro dia após a cirurgia e do início de treino da marcha com indicação da ortopedia e supervisão da fisioterapia.

Principais Intercorrências	Número	% dos doentes (N=15)
Anemia por défice de ferro	4	26,7
Défice de Vitamina D	6	40,0
Delirium devido a alteração fisiológica conhecida	1	6,7
Infeção do trato urinário, local não especificado	1	6,7
Distúrbios Hidroelectrolíticos		
- Hipocaliémia	2	13,3
- Hipercaliémia	1	6,7
-Hiposmolaridade e/ou hiponatremia	1	6,7
Obstipação	6	40,0
Hipotensão Ortostática	2	13,3
Dor aguda	5	33,3

Quadro 15: Intercorrências durante o internamento no serviço de Orto geriatria do HSFX

Destino pós-alta

Relativamente ao destino dos doentes, 73,3% (n=11) teve alta, mantendo seguimento junto do seu Médico de Família.

Os restantes doentes foram encaminhados para consultas hospitalares: maioritariamente para a consulta externa de Medicina Interna/ Geriatria e Unidades da RNCCI.

CONSULTA ORTOGERIATRIA HSFX

As consultas de Orto geriatria ocorrem às quintas-feiras das 14 às 17h, com a presença da médica responsável do serviço de Orto geriatria e o apoio de uma Farmacêutica que colabora na orientação terapêutica dos doentes.

São avaliados entre 5 e 6 doentes em cada período de consulta. Duas destas são primeiras consultas após o internamento e há até 4 consultas de reavaliação.

Durante o meu período de estágio tive a oportunidade de assistir a um período de consultas.

Os doentes, por norma, vêm acompanhados por um familiar e/ou cuidador.

Em cada consulta são registadas as biometrias de cada doente, nomeadamente tensão arterial, frequência cardíaca, peso e IMC.

Durante consulta é efetuada uma revisão da terapêutica atual do doente, avalia-se a recuperação da marcha, faz-se uma nova avaliação nutricional, funcional e cognitiva. Quando necessário, compara-se o estado cognitivo do doente no internamento com o observado na consulta, através da aplicação do MMSE®.

É, ainda, efetuada, uma abordagem das intercorrências nos últimos meses, nomeadamente em relação a novos episódios de quedas, internamentos, necessidade de apoios sociais, domiciliários ou mesmo institucionalização.

Em relação aos exames complementares de diagnóstico, o doente por norma traz as análises solicitadas no momento da alta hospitalar onde se incluem parâmetros laboratoriais para avaliar a cinética do ferro, vitamina B12 e folatos, Vitamina D, função tiroidea, renal e hepática, etc. É feita uma revisão da monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA) do doente para detetar eventuais episódios de hipotensão arterial, o que constitui um fator de risco para uma nova queda.

No que concerne à Licenciada em Farmácia, trata-se de uma ajuda fulcral em plena consulta, em articulação com a médica responsável da consulta, pois desempenha um papel fundamental ao estabelecer recomendações terapêuticas e alternativas farmacológicas após analisar interações farmacológicas e efeitos adversos dos fármacos. Faz ensino terapêutico de técnicas e uso de

dispositivos, como por exemplo dos inaladores e da câmara expansora, e adequa os horários da administração dos fármacos de forma dinâmica em conjunto com o doente e/ou a família ou cuidadores.

Casuística dos doentes observados

Tal como referi, apenas estive presente num período de consultas, no qual observei 6 doentes.

Género

Durante o meu estágio observacional contabilizei 6 consultas, das quais 5 (83,3%) corresponderam a doentes do sexo feminino. Duas consultas eram “primeiras-consultas”, sendo as restantes consultas de reavaliação (**quadro 16**).

GÉNERO	Nº doentes	Percentagem
Feminino	5	83,3%
Masculino	1	16,7%
Total	6	100%

Quadro 16: Distribuição dos doentes segundo o género

Idade

Relativamente à distribuição etária dos doentes, a média de idades foi de 81,4 anos.

Parâmetros avaliados na consulta Externa de Orto geriatria do HSFX

Dos doentes observados, todos tiveram uma recuperação praticamente total da marcha, sendo que os dois doentes cuja intervenção cirúrgica tinha decorrido há menos tempo necessitavam de ajuda de meios auxiliares da marcha (**quadro 17**). Este facto traduz o benefício da continuidade dos tratamentos de fisioterapia no ambulatório.

A polimedicação continuou a ser um problema objetivado nas consultas, visto que esta aumenta a morbilidade e mortalidade. Com o auxílio da Farmacêutica, a consulta de Orto geriatria foi mais

uma oportunidade para rever de forma exaustiva a medicação habitual dos doentes e proceder aos ajustes necessários.

Num doente evidenciou-se um agravamento do nível de dependência avaliado através da escala de Barthel e de Lawton e Brody, bem como do estado nutricional basal, influenciado pela deterioração cognitiva, como se pode constatar no quadro seguinte.

Parâmetro avaliado	Número	% (n=6)
Recuperação da marcha	6	100
Polimedicação	5	85.0
Adesão terapêutica	6	75.0
Internamentos recentes	1	25.0
Agravamento da função cognitiva	1	20.0
Agravamento do estado nutricional	1	20.0
Aumento da dependência funcional	1	20.0
Novas quedas	1	15.0
Institucionalização	1	15.0

Quadro 17: Parâmetros avaliados na consulta Externa de Ortopediatria do HSFX

CHUC – UNIDADE INTEGRADA PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO (UniESA)

O estágio observacional que realizei na UniESA, ocorreu sob a supervisão do Dr. Hélder Esperto e decorreu desde o dia 17 fevereiro a 9 de março (total de 13 dias úteis, perfazendo 104 horas). O chefe de serviço é o Dr. Pedro Ribeiro e a direção de serviço está ao cargo do Sr. Professor Armando Carvalho.

Durante este período tive igualmente a oportunidade de acompanhar a Dra. Catarina Canha e a Dra. Joana Cascais Costa.

A UniESA, é um sector de 12 camas, incluído na enfermaria H do serviço de medicina interna, localizada no Hospital Geral do CHUC, que se trata de uma experiência piloto.

A admissão de doentes enquadra-se nos seguintes critérios de elegibilidade:

1. A dotação disponibilizada (12 camas) destina-se a doentes admitidos no serviço de urgência do CHUC, quer nos HUC quer no HG;
2. Os doentes identificados na urgência do CHUC (HUC ou HG), são elegíveis independentemente da proveniência (domicílio, referenciação pelos cuidados primários ou unidades de cuidados continuados);
3. Os doentes referenciados pelos cuidados primários ou unidades de cuidados continuados, mencionando estarem articulados com o projeto, terão de reunir os mesmos critérios de internamento para serem admitidos;
4. No caso de necessidade, por clara falta de vagas de internamento nas enfermarias de medicina interna, estas camas poderão ser ocupadas por outra tipologia de doentes, fora do projeto, após contacto prévio com a unidade;
5. Os critérios de elegibilidade para admissão neste sector são os seguintes:
 - a. Idade superior a 75 anos;
 - b. Doente com patologia aguda ou crónica agudizada, com polipatologia;
 - c. 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.);
 - d. Doente sem identificação de situação terminal, apresentando potencial de recuperação clínica e funcional do episódio, independentemente do estado funcional prévio;
 - e. Residência nos Concelhos de Coimbra (todas as freguesias), Condeixa e Miranda do Corvo.

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA
(Diretor Professor Doutor Armando Carvalho)
Medicina H - UnIESA
Unidade Integrada para o Envelhecimento Saudável e Ativo

CRITÉRIOS DE ELIGIBILIDADE

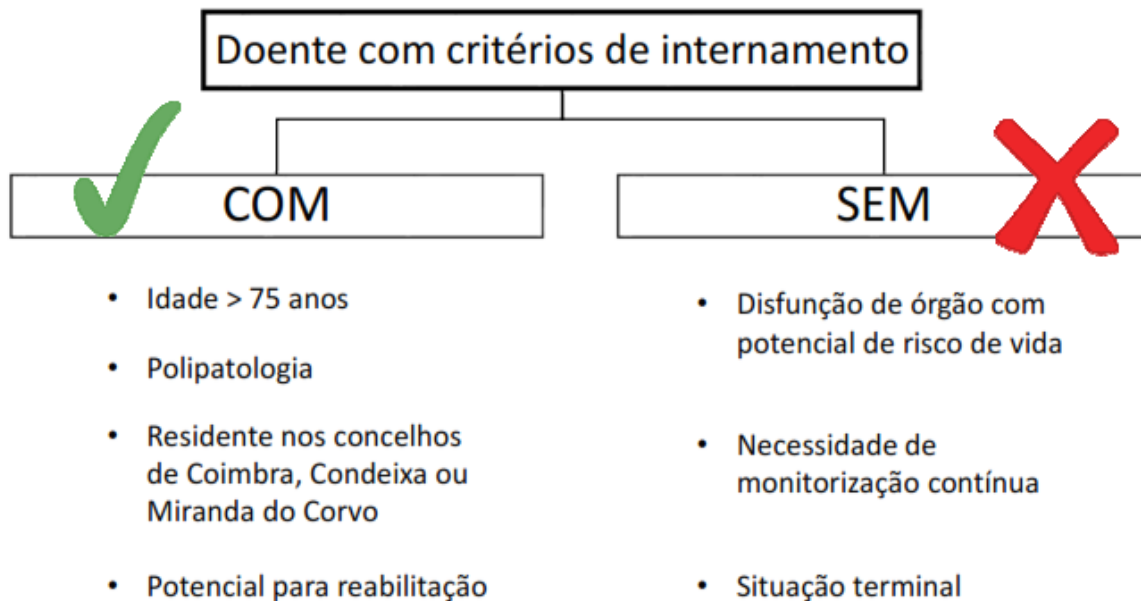


Figura 4: Critérios Elegibilidade UniESA

Esta Unidade, a par com as restantes enfermarias de medicina interna do CHUC, apresenta forte componente científica.

Assim, às segundas-feiras decorre a reunião de Serviço, no auditório do Hospital Geral. Em primeiro lugar está a componente científica, onde são apresentados temas teóricos e/ou trabalhos para reuniões científicas e, em segundo lugar, ocorre uma discussão dos casos clínicos dos doentes internados com mais de 10 dias de permanência, de ambas as enfermarias.

Às sextas-feiras decorre a visita médica aos doentes internados, dirigida pelo Diretor de Serviço ou seu representante. Destes doentes, os que representam maior desafio diagnóstico são ainda

apresentados e discutidos. A discussão de casos clínicos permite uma engrenagem na aquisição e transmissão de conhecimentos que representam uma mais valia na prática clínica.

Casuística dos doentes observados

Durante o estágio observacional, desde o dia 17 de fevereiro a 9 de março de 2020, tive a oportunidade de participar com o Dr. Hélder Esperto, bem como com o Dr. Eric Monteiro (Interno de Cardiologia), às sextas-feiras, na visita médica aos doentes internados. Auxiliei na colheita detalhada da história clínica, nomeadamente em relação aos antecedentes pessoais relativos a patologias crónicas e agudas, história farmacológica atual, alergias, estado vacinal, situação social (estado civil, local de residência e coabitantes, tipo de domicílio, existência de apoio de cuidadores informais ou formais, serviço de apoio domiciliário, frequência de centro de dia, etc.).

À entrada do doente idoso é realizada a avaliação geriátrica global. Faz-se a avaliação do estado funcional das atividades básicas de vida diária (ABVD): Índice de Barthel; atividades instrumentais de vida diária (AIVD): Escala de Lawton and Brody; avaliação do risco de quedas pela escala de Morse, avaliação do estado cognitivo, aplicação da escala de depressão geriátrica, avaliação do estado nutricional: através da triagem do Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), avaliação de medidas antropométricas (peso habitual (antes dos 65 anos), peso atual, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), perímetro geminal).

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar, sob supervisão, exame físico aos doentes, elaborar lista de problemas e formular hipóteses de diagnóstico, acompanhar o pedido de exames complementares de diagnóstico e proceder à sua interpretação, auxiliar na prescrição médica adequada à situação clínica, definir prognóstico clínico e colaborar com outros profissionais, nomeadamente enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e médicos de outras especialidades, além de articular com familiares e cuidadores formais e informais.

A avaliação diária é registada no diário clínico através do programa informático SClinico e de acordo com o esquema SOAP “adaptado”.

Durante o meu estágio observacional foram contabilizados um total de 15 internamentos, dos quais 10 (66,7%) corresponderam a doentes do sexo feminino (**Quadro 18**).

GÉNERO	Nº doentes	Percentagem
Feminino	10	66,7%
Masculino	5	33,3%
Total	15	100%

Quadro 18: Distribuição dos doentes segundo o género

Idade

Relativamente à distribuição etária dos doentes internados, a média de idades foi de 84,8anos, compreendendo uma idade mínima de 68 anos - doente autónoma internada, com o diagnóstico de TEP bilateral - e uma idade máxima de 96 anos - doente totalmente dependente, com diagnóstico de Pneumonia Adquirida na Comunidade. Estratificando os doentes por faixa etária (como evidenciado no **Gráfico 5**), constata-se que o grupo de maior peso correspondeu aos doentes com idades compreendidas entre os 80 e 89 anos (n=11).

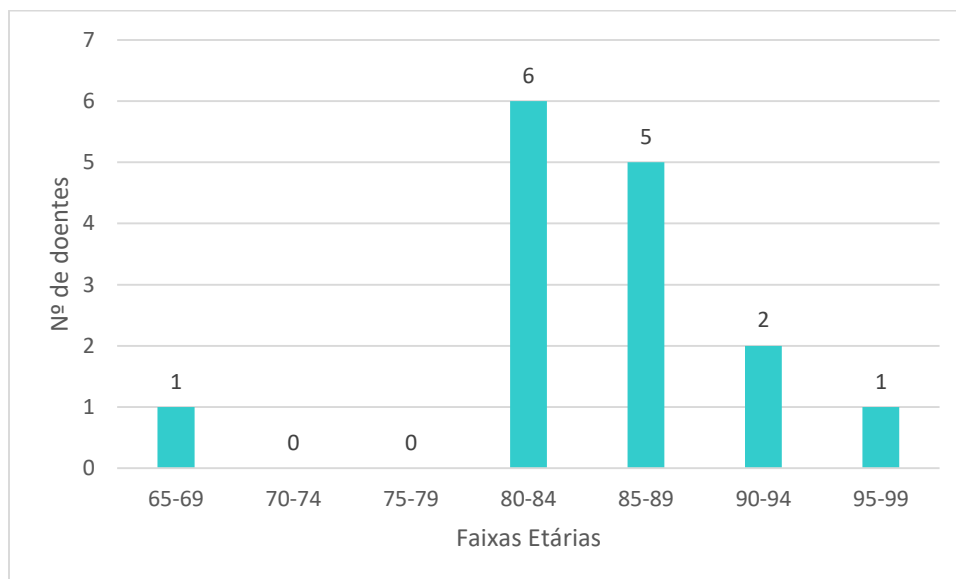


Gráfico 5: Distribuição etária dos doentes internados por sector

Grau de dependência

Foi também avaliado, através da Escala funcional Índice de Katz, para cada doente internado, o grau de dependência no momento de entrada e de saída do internamento, excluindo-se neste último os doentes falecidos. Trata-se de uma escala que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária e compreende uma pontuação mínima de 0 – “Totalmente Dependente” e máxima de 6 – “Independente”, considerando-se os restantes “Parcialmente Dependentes”.

À entrada verificou-se que 13,3% (n=2) dos doentes apresentavam Índice de Katz de 0 -, totalmente dependente -, refletindo o grau de vulnerabilidade dos doentes internados neste serviço, e 33,3% (n=5) com o índice de Katz de 6 - independentes (**Gráfico 6**).

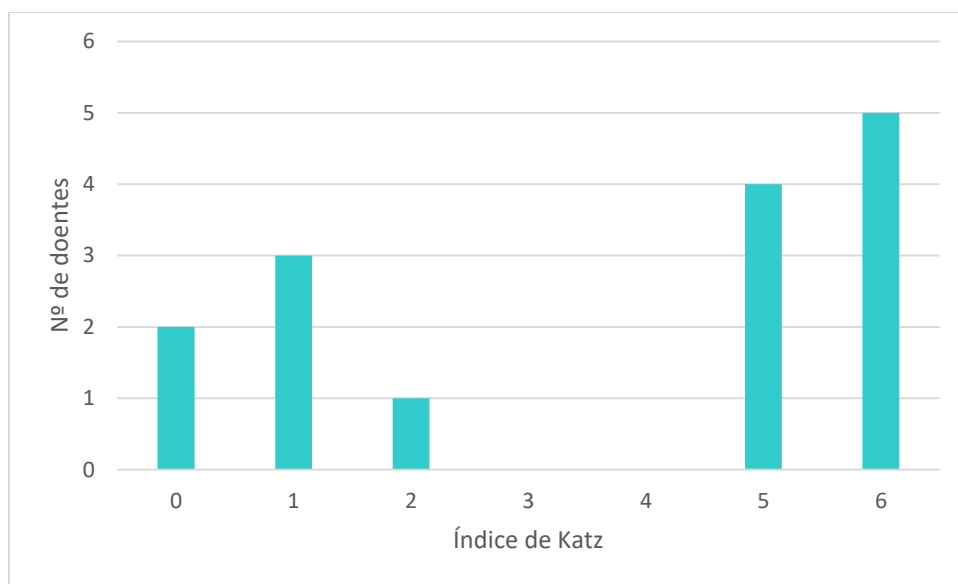


Gráfico 6: Índice de Katz à entrada

Polimedicação

A polimedicação, definida pela toma habitual de pelo menos 5 fármacos, verificou-se em 75.3% dos doentes internados. O internamento constituiu uma oportunidade para rever de forma exhaustiva a medicação habitual dos doentes e proceder aos ajustes necessários.

Tipo de internamento

Todos os internamentos foram não programados.

Proveniência

Quanto ao local de proveniência e tipo de admissão, o local de residência mais comum dos doentes internados foi o domicílio, em 60,0% (n=9) dos casos (embora 26,7% (n=4) frequentem centro de dia), seguindo-se o Lar em 33,3% (n=5) e, por fim, a Unidade de Cuidados Continuados, em 6,7% (n=1) das situações.

Duração do internamento

Os internamentos ao longo dos meses do meu estágio observacional duraram, em média, 8 dias, tendo sido o período mínimo de 3 dias - numa doente com diagnóstico de gastroenterite aguda - e o máximo de 21 dias - num caso de um doente com diagnóstico de encefalopatia de etiologia indeterminada.

Destino pós-alta

Relativamente ao destino dos doentes, houve uma situação de falecimento de um doente de 81 anos, que deu entrada por prostração e disúria, tendo sido efetuado o diagnóstico de cistite aguda. Porém, apresentou deterioração súbita do estado de consciência, hipotensão e hipotermia, tendo acabado por falecer.

Quanto aos restantes doentes, a maioria teve alta, mantendo seguimento junto do seu Médico de Família. 46,7% (n=7) dos doentes foram também encaminhados para consultas hospitalares: maioritariamente para a consulta externa de Medicina Interna, para reavaliação pós-internamento, mas também para consultas de outras especialidades, nomeadamente neurologia, nefrologia, cirurgia geral, pneumonia e otorrinolaringologia. Um doente foi encaminhado para uma Unidade da RNCCI.

Diagnóstico Principal

Quanto à análise dos diagnósticos principais dos doentes internados no sector (**Quadro 19**), e agrupando-os em Grandes Categorias de Diagnóstico, de acordo com a *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification* (ICD-10-CM), verifica-se que a maior fração dos doentes se insere no grupo das Doenças do Aparelho Respiratório (n=6), correspondendo a 40,0 % dos diagnósticos principais, seguida Doenças do Aparelho Circulatório (IX) em 20,0% e das Doenças Infeciosas e parasitárias (XI) em 13.3%.

Dentro de cada uma das Grandes Categorias de Diagnóstico, apresentam-se alguns dos diagnósticos principais mais frequentes (**Quadros 20,21, 22,23, 24,25, 26**).

Embora a maior parte dos diagnósticos principais se insiram nas categorias referentes às doenças do aparelho respiratório, circulatório, facilmente se verifica que a vasta maioria se relaciona direta ou indiretamente com patologia de natureza infecciosa (na forma de infeções respiratórias altas e baixas, infeções do trato urinário, entre outras), levando frequentemente à exacerbação/agudização de patologias crónicas pré-existentes.

Grandes categorias de diagnóstico	Número	Percentagem (%)
X – Doenças do aparelho respiratório	6	40,0
XIV – Doenças do aparelho génito-urinário	1	6,7
IX – Doenças do aparelho circulatório	3	20,0
XI – Doenças do aparelho digestivo	1	6,7
I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	13,3
III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	1	6,7
VI – Doenças do sistema nervoso central	1	6,7

Quadro 19: Grandes categorias de diagnóstico

Doenças do Aparelho Respiratório	Número	Percentagem (%)
----------------------------------	--------	-----------------

Pneumonia bacteriana devida a microrganismo não especificado	4	26,7
Bronquite aguda, não especificada	1	6,7
Pneumonite por <i>influenza</i>	1	6,7

Quadro 20: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Respiratório mais frequentes no sector

Doenças do Aparelho Genito-urinário	Número	Percentagem (%)
Infeção do trato urinário, local não especificado	1	6,7

Quadro 21: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Génito-urinário mais frequentes no sector

Doenças do Aparelho Circulatório	Número	Percentagem (%)
Insuficiência cardíaca congestiva, não especificada	2	13,3
Embolia pulmonar	1	6,7

Quadro 22: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Circulatório mais frequentes no sector

Doenças do Aparelho Digestivo	Número	Percentagem (%)
Pancreatite aguda	1	6,7

Quadro 23: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Aparelho Digestivo mais frequentes no sector

Doenças Infecciosas e Parasitárias	Número	Percentagem (%)
------------------------------------	--------	-----------------

Gastroenterite e colite infecciosa	1	6,7
Sépsis	1	6,7

Quadro 24: Diagnósticos principais do grupo das Doenças Infecciosas e Parasitárias mais frequentes no sector

Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	Número	Percentagem (%)
Defeitos qualitativos das plaquetas	1	6,7

Quadro 25: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários mais frequentes no sector

Doenças do sistema nervoso central	Número	Percentagem (%)
Encefalopatia, não especificada	1	6,7

Quadro 26: Diagnósticos principais do grupo das Doenças do Sistema Nervoso Central mais frequentes no sector

Diagnósticos Secundários

No que diz respeito aos diagnósticos secundários (representados no **Quadro 27**), por sua vez, verificou-se que durante este período de estágio foram identificados 91,5 diagnósticos, o que corresponde a uma média de, aproximadamente, 6,1 diagnósticos por doente.

Verificou-se que as principais entidades nosológicas, de acordo com a classificação da ICD-10-CM, correspondeu ao diagnóstico de Hipertensão Essencial, Diabetes Mellitus e Obstipação Crónica Obstrutiva com ou sem exacerbação e a Pneumonia. Assim, é possível perceber que os diagnósticos secundários do sector correspondem, essencialmente, às comorbilidades frequentes na população idosa.

Frequência dos diagnósticos secundários, por grupo nosológico do ICD-10-CM

Principais Diagnósticos Secundários	Número	% dos doentes N=15
Hipertensão essencial não especificada como benigna ou maligna	9	60,0
Insuficiência cardíaca congestiva, não especificada	4	26,7
Doença Renal Crónica	4	26,7
Diabetes Mellitus	6	40,0
Anemia das doenças crónicas	4	26,7
Doença pulmonar obstrutiva crónica	3	20,0
Hipotiroidismo sem outra especificação	3	20,0
Anemia por défice de ferro	3	20,0
Catarata Senil	4	26,7
Demência sem outra especificação	3	20,0
Osteoporose devida a idade sem fratura patológica atual	4	26,7
Obstipação	5	33,3
Patologia de humor por condição psicológica conhecida com episódio de depressão major	4	26,7

Quadro 27: Frequência dos diagnósticos secundários, por grupo nosológico do ICD-10- CM

ATIVIDADE CIENTÍFICA

Ao longo do estágio realizei os seguintes trabalhos (**Quadro 28**):

Categoria	Título	Autoria	Forma		Local de apresentação
			Oral	Poster	
Investigação	Avaliação do uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos: aplicação dos critérios de Beers numa unidade de saúde	Autora		x	XVII Curso Pós-Graduado sobre envelhecimento, Coimbra, 2018
	Demência nos cuidados de saúde primários	Autora		x	40º Congresso Português de Geriatria e Gerontologia, Lisboa, 2019
Caso Clínico	"O doente diabético com compromisso renal".	Autora	X		

Quadro 28: Trabalhos científicos realizados ao longo do estágio observacional de Geriatria

- Jejum e mortalidade (Coautora): Apresentação sob a forma de poster no Congresso UpDate outubro 2020.

CONCLUSÃO

Findado o mestrado em geriatria, é tempo de fazer uma avaliação retrospectiva deste processo formativo contínuo. Contínuo, pois o percurso formativo de um médico deverá ser eterno. Identificar pontos positivos e negativos e, sobretudo, corrigir estes últimos, aproveitando a oportunidade que abriam para procurar melhorar cada vez mais, são o ponto de partida para a nova etapa que se aproxima.

Tratou-se inegavelmente de uma fase de grande crescimento profissional e mesmo pessoal. A opção por Geriatria é um gosto pessoal de longa data. Reportando-me em termos profissionais, senti um notório crescimento, quer em termos de conhecimentos médicos, quer em termos de aptidões de comunicação e, sobretudo, gestão da prática clínica com a realização das valências curriculares no primeiro ano do mestrado e com esta oportunidade de realização de um estágio, acompanhando vários médicos com a competência em geriatria.

A realização do estágio em vários locais, com diferentes profissionais e infraestruturas foi, na minha opinião, um ponto muito positivo. Tive a oportunidade de trabalhar numa unidade de geriatria (Ortogeriatria) com vários anos de evolução e na UniESA, recém-criada, por exemplo.

Na minha opinião, todas estas experiências foram uma mais valia para o meu crescimento profissional. Perceber, por um lado, como se adaptam os profissionais a uma unidade recém-criada e ver esse projeto crescer de dia para dia e ter, por outro lado, a experiência de trabalhar com profissionais num serviço com longa experiência na área da geriatria, onde todos já se articulam muito facilmente, formando uma verdadeira equipa multidisciplinar em prol dos doentes idosos e das suas famílias, desde o primeiro dia que o doente entra no hospital. Em todos os locais por onde passei, mais ou menos tempo, senti-me verdadeiramente integrada. Todos os elementos procuraram que me sentisse adaptada e pudesse ser mais um pilar da equipa multidisciplinar, mesmo ainda estando em fase de formação.

Reportando-me aos objetivos aos quais me propus com a realização deste estágio, parece-me que foram amplamente atingidos. A realização da avaliação geriátrica global, a gestão integral de um doente idoso inserida numa equipa multidisciplinar, ou seja, em articulação com outros profissionais, a própria gestão da multimorbilidade, polimedicação e prevenção de iatrogenia farmacológica e não farmacológica, o diagnóstico e tratamento de síndromes geriátricas e, mesmo, a priorização dos problemas de saúde do doente idoso, são competências que adquiri ao longo deste estágio.

Com honestidade, espírito de equipa e respeito pelos que me rodeiam, sejam eles utentes ou colegas, espero poder aplicar em pleno os conhecimentos que levo da formação em geriatria. Uma formação escolhida por gosto, em locais onde me souberam mostrar o que é a Geriatria. Porque me conheço, porque sei do que sou capaz e porque as oportunidades brindam os que se esforçam, só me resta agradecer a todos os doentes idosos, às suas famílias/cuidadores e a todos os profissionais, nomeadamente ao Sr. Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo pela orientação na tese de mestrado, à Dr. Benilde Barbosa (Coorientadora), à Dra. Sofia Duque e ao Dr. Hélder Esperto pelos conhecimentos que me transmitiram, pela amabilidade de me terem recebido de braços abertos nos serviços onde trabalham e por todos valores e modos de trabalhar que me inculcaram.

Um agradecimento especial ao Sr. Professor Armando Carvalho e ao Dr. Luís Campos, Diretores dos Serviços onde estagiei.

Aos colegas de profissão (mesmo que em fases diferentes de formação) com quem tive o privilégio de trabalhar e restantes profissionais das equipas multidisciplinares que integrei, o meu sincero obrigado por toda a ajuda e camaradagem que me sempre transmitiram.

BIBLIOGRAFIA

Veríssimo MT. Geriatria fundamental: saber e praticar. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda; 2014.

Samuel C Durso; Gail M Sullivan; American Geriatrics Society. Geriatrics review syllabus : a core curriculum in geriatric medicine. New York : American Geriatrics Society, 2016.