



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joana Correia de Oliveira Lopes

**PERFIS E NECESSIDADES DOS DOENTES IDOSOS
INTERNADOS NUM SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

VOLUME 1

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Geriatria orientada pelo Professor
Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, co-orientada pelo Dr. Mário Amaro e
apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.**

Agosto de 2021

AGRADECIMENTOS

Aos meus avós, Maria Aida e José Padescas, por me terem inspirado a dedicar a minha carreira ao cuidado dos mais idosos;

Ao meu marido, por aceitar este caminho que escolhi;

À minha mãe, por me ajudar em todas as fases da minha vida;

Ao meu tutor do internato em Medicina Interna, Dr. Mário Amaro, pelo apoio em todos os meus projetos;

À Professora Doutora Ana Glória Fonseca, pelos conselhos na elaboração deste trabalho;

Ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo por me orientar neste trabalho e por ser um pioneiro da Geriatria em Portugal e continuar a lutar pela melhoria dos cuidados aos idosos no país.

RESUMO

O envelhecimento da população é um dos marcos do século XXI, com implicações para toda a sociedade. Também na saúde esta mudança demográfica traz enormes desafios tornando-se fundamental conhecer o doente atual e adaptar os serviços para melhor servir esta população.

O presente estudo teve um desenho observacional, retrospectivo, longitudinal, e analisou os doentes com idade igual ou superior a 65 anos, internados num serviço de Medicina Interna no ano de 2019.

Foram incluídos 2133 doentes com uma média de idades de 81 anos. Estes doentes foram agrupados em 4 perfis clínicos: perfil A – “doente frágil, dependente nas AVD’s, cronicamente acamado”, perfil B – “doente crónico, internado por exacerbação da doença de base”, perfil C – “doente com diagnóstico de novo com implicações *major* no futuro” e perfil D - “doente com intercorrência isolada”.

Verificou-se que cada perfil tinha características próprias: doentes do perfil A eram mais idosos, muitos eram institucionalizados e tinham elevada percentagem de óbito no internamento e no ano seguinte ao internamento; doentes do perfil B tinham mais comorbilidades, maior consumo de recursos hospitalares e maior percentagem de re-internamento; doentes do perfil C eram mais novos e com menos comorbilidade mas tinham mais protelamento de alta por motivos sociais; doentes do perfil D foram internados principalmente por infeções respiratórias e do trato urinário, com elevado risco de recorrência. Para além da caracterização dos perfis, foram propostos cuidados específicos adequados a cada um : o doente do perfil A necessita de uma revisão clínica com foco no controlo sintomático, tendo em conta o prognóstico; o doente pertencente ao perfil B requer um acompanhamento regular após a alta e ensinamentos sobre a doença; o doente do perfil C requer uma avaliação sintomática, funcional e social precoce; no doente do perfil D a prevenção da recorrência através da revisão de fatores de risco deve ser o foco.

Palavras-chave: geriatria, idoso internado, perfis clínicos, necessidades.

ABSTRACT

Aging is a global phenomenon, with implications and challenges for all sectors of society. Health systems must adapt to better serve this population.

We present an observational, retrospective, longitudinal study that analysed all patients with 65 or more years admitted to the internal medicine service of a central hospital in 2019.

A total of 2133 patients were included with an average age of 81 years. Patients were grouped in 4 clinical profiles: profile A – “frail, dependent, bedridden patients”; profile B – “acute exacerbation of chronic disease”; profile C – “new diagnosis with major implications in functionality or prognostic”; profile D – “acute disease”.

Each profile had defining characteristics: profile A patients were older, many of them institutionalized, and died more in hospital or in the year after hospital admission; profile B patients had more comorbidities, medical appointments, emergency department visits and hospital admissions; profile C patients were younger, with less comorbidities and discharge was often delayed because of social motives; profile D patients were mainly admitted for infection, particularly respiratory and urinary tract infections, with a high risk of recurrence and readmission. All profiles were not only characterized but also specific care was proposed for each one of them: profile A patients need a clinical review focused on symptomatic control given the prognostic; profile B patients need post-discharge regular follow-up; profile C patients require an early symptomatic, functional and social evaluation; and profile D patients need a systematic evaluation of risk factors in order to prevent infection recurrence.

Key words: geriatrics, elderly inpatient, clinical profiles, care needs.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	5
ABSTRACT	7
ÍNDICE	9
ÍNDICE TABELAS E FIGURAS	11
INTRODUÇÃO	13
MÉTODOS	19
Objetivos.....	19
Desenho do estudo e métodos	19
Tipo de estudo e desenho do estudo	19
Processo de amostragem e recrutamento	19
Processo de recolha de dados	20
Variáveis e instrumentos a utilizar	21
Variáveis e instrumentos a utilizar – Conceptualização dos perfis clínicos	23
Plano de análise estatística	24
Cronograma e financiamento	24
Considerações éticas	25
RESULTADOS	27
Análise descritiva da amostra.....	27
Análise descritiva dos perfis clínicos	33
PERFIL A – “o doente totalmente dependente, cronicamente acamado”	33
PERFIL B – “o doente com patologia crónica, internado por exacerbação”	33
PERFIL C – “o doente com diagnóstico de novo com implicações major para o futuro”	34
PERFIL D – “o doente com uma intercorrência isolada”	34
Análise bivariada - Caracterização dos perfis clínicos	40
PERFIL A	40
PERFIL B	42
PERFIL C	43
PERFIL D	44

DISCUSSÃO	45
Perfis Clínicos e cuidados propostos	46
Pontos fortes e limitações	54
CONCLUSÃO	57
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXOS	63
Anexo A – Variáveis e instrumentos utilizados	65
Anexo B – Autorização da Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta.....	73
Anexo C – Autorização da Comissão de Ética da Universidade de Coimbra.....	75
Anexo D – Outros resultados estatísticos detalhados.....	77

ÍNDICE TABELAS E FIGURAS

Tabelas

Tabela 1 – Motivos de exclusão	20
Tabela 2 – Caracterização demográfica, de fragilidade e de dependência da amostra	28
Tabela 3 – Utilização de recursos hospitalares no ano precedente.....	28
Tabela 4 – Índices de comorbilidade e prognóstico.....	28
Tabela 5 – Análise detalhada de comorbilidades.....	30
Tabela 6 – Dados gerais dos internamentos.	30
Tabela 7 – Causas de óbito no internamento (sumário).	31
Tabela 8 - Diagnósticos de internamento, sumário.	32
Tabela 9 – Motivos de internamento dos doentes re-internados por motivos semelhantes aos do internamento original, resumido.	32
Tabela 10 – Análise descritiva dos perfis.....	39
Tabela 11 – Associação entre perfis clínicos e as variáveis em estudo.....	40
Tabela 12 – Variáveis com associação estatisticamente significativa com o perfil A.	41
Tabela 13 - Variáveis com associação estatisticamente significativa com o perfil B.	42
Tabela 14 - Variáveis com associação estatisticamente significativa com o perfil C.	43
Tabela 15 - Variáveis com associação estatisticamente significativa com o perfil D.....	44
Tabela 17 – Resumo das principais características de cada perfil clínico	54
Tabela 16 - Causas de óbito no internamento (detalhado).	78
Tabela 17 – Diagnósticos de internamento, doenças infecciosas	80
Tabela 18 - Diagnósticos de internamento, doença cardiovascular	82
Tabela 19 - Diagnósticos de internamento, doença neurológica e cerebro-vascular....	82
Tabela 20 - Diagnósticos de internamento, doença renal, genito-urinária e distúrbios hidro-electrolíticos e ácido-base	83
Tabela 21 - Diagnósticos de internamento, doença pleuro-pulmonar	84
Tabela 22 - Diagnósticos de internamento, doença hematológica.....	84
Tabela 23 - Diagnósticos de internamento, doenças neoplásicas	85
Tabela 24 - Diagnósticos de internamento, doença endocrinológica.....	86
Tabela 25 - Diagnósticos de internamento, doença hépato-bilio-pancreática.....	86
Tabela 26 - Diagnósticos de internamento, doença gastro-intestinal	87
Tabela 27 - Diagnósticos de internamento, doença neuro-muscular e osteo-articular	88
Tabela 28 - Diagnósticos de internamento, doença neuro-psiquiátrica.....	88
Tabela 29 - Diagnósticos de internamento, iatrogenia	89
Tabela 30 - Diagnósticos de internamento, motivos sociais.....	89
Tabela 31 - Diagnósticos de internamento, outros motivos.....	90
Tabela 32 – Motivos de internamento dos doentes re-internados por motivos semelhantes aos do internamento original, detalhado.	92

Figuras

Figura 1 – Pirâmide de Kaiser alargada, reformulada pela King's Fund.....	17
Figura 2 – Proposta de avaliação e cuidado dos doentes pertencentes ao perfil A	48
Figura 3 – Proposta de avaliação e cuidados do doente pertencente ao perfil B	50
Figura 4 – Proposta de atuação para doentes do perfil C, para além dos cuidados médicos habituais.....	51
Figura 5- Medidas de prevenção da pneumonia.....	53
Figura 6 – Algoritmo de actuação proposto para um doente com pneumonia, para além dos cuidados médicos habituais.....	53
Figura 7- Medidas de prevenção da infeção do tracto urinário	54
Figura 8 – Diagrama de Venn com a interposição dos perfis.....	55

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno global. Mundialmente o número de idosos está a aumentar mais depressa que o número de pessoas em qualquer outra faixa etária, o que fez com que as Nações Unidas considerassem o envelhecimento da população uma das transformações sociais mais importantes do século XXI, com implicações em todos os sectores da sociedade. Se em 2019 uma em cada onze pessoas tinha mais de 65 anos, em 2050 uma em cada seis pessoas terá mais de 65 anos, sendo que se espera que a esperança média de vida continue a aumentar em todos os países, com atenuação da diferença entre géneros. Para minimizar o impacto económico que tal envelhecimento acarreta para a sociedade, as Nações Unidas sugerem o investimento governamental em programas de educação e saúde para todos, ao longo de toda a vida.¹

A Europa e a América do Norte têm o índice de dependência de idosos^a mais elevado do mundo (30 idosos por 100 pessoas em idade ativa em 2019), prevendo-se que continue a aumentar pelo menos até 2050, ano em que atingirá o valor de 49 idosos por 100 pessoas em idade ativa. Portugal é o quarto país mais envelhecido do mundo, com um índice de dependência de idosos de 38 idosos por 100 pessoas em idade ativa. O país é apenas superado pelo Japão (51 idosos por 100 pessoas em idade ativa), Finlândia (39 idosos por 100 pessoas em idade ativa) e Itália (39 idosos por 100 pessoas em idade ativa), e manter-se-á na lista dos países mais envelhecidos do mundo pelo menos até 2050, de acordo com as projeções.¹

Em 2020, o Instituto Nacional de Estatística (INE)² atualizou as estatísticas da população residente em Portugal. Os investigadores concluíram que se mantém o processo de envelhecimento demográfico, resultado da baixa de natalidade, aumento da longevidade e saldos migratórios negativos observados até 2016. Em 2019, 21,1% da

^a Índice de dependência de idosos – número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos por 100 pessoas em idade ativa (20-64 anos). Definição apresentada em United Nations. World Population Ageing 2019. (2019).

população portuguesa era idosa, sendo o Alentejo a região do país com maior percentagem de idosos (25,6%) e a Região Autónoma dos Açores a zona com menos idosos (14,9%). Quando se analisaram as tendências da população entre 2014 e 2019, verificou-se que o número de jovens diminuiu 0,8 pontos percentuais (14,4% para 13,6%), o número de pessoas em idade ativa reduziu 1 ponto percentual (65,3% para 64,3%) e o número de idosos aumentou 1,8 pontos percentuais (20,3% para 22,1%), sendo o aumento da população idosa transversal a todas as regiões do país. Assim não é de estranhar que o índice de envelhecimento^b em Portugal seja em 2019 de 163,2 idosos por cada 100 jovens. Mantendo-se esta tendência, o INE estima que Portugal perderá população até 2080, com um índice de envelhecimento que quase duplicará entre 2019 e 2080, passando de 163,2 para 300,3 idosos por cada 100 jovens. O número de idosos atingirá o valor máximo no início da década de 50, começando a decrescer a partir desta altura, por entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão. A tendência de aumento do número de idosos conjugada com a tendência de diminuição da população em idade ativa, fará com que o índice de dependência de idosos^c duplique entre 2019 e 2080, de 34,5 para 72,4 idosos por 100 pessoas potencialmente ativas. Facilmente se percebe que esta mudança trará enormes implicações no sistema de pensões, com cada vez mais pensionistas a depender de cada vez menos contribuintes.

Claro que esta mudança demográfica acarreta impacto na tipologia de doentes internados nos serviços hospitalares. Temido e colegas³ estudaram as alterações na tipologia de doentes internados num serviço de Medicina Interna de um hospital central nos últimos 20 anos. A percentagem de doentes com mais de 65 anos duplicou, passando a mediana de idades de 61 para 79 anos. Verificou-se também um aumento do número de diagnósticos secundários (64,8% tinham 6 ou mais diagnósticos), ilustrando a complexidade desta população. Os autores concluem que o internamento nos serviços de Medicina Interna de hoje é muito diferente de há 20 anos, o que deve

^b Índice de envelhecimento – quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos. Definição apresentada por Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2019. (2020).

^c Índice de dependência de idosos – quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos. Definição apresentada por Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2019. (2020).

conduzir a uma reflexão profunda sobre o modelo clássico de organização dos serviços. Tratamos, portanto, uma população cada vez mais idosa e com um nível de complexidade muito elevado. Mas será que conhecemos a população que tratamos? Será que os nossos serviços estão adaptados às necessidades desta população?

Um dos grandes problemas do envelhecimento da população, é que o aumento da esperança média de vida não é sinónimo de anos de vida com saúde. De facto, o número de anos de vida com saúde em Portugal é inferior à média da União Europeia (UE), encontrando-se o país entre os piores neste indicador. Em Portugal, é estimado que um homem vive 59,8 anos com saúde (contra o valor médio da UE de 63,4 anos), enquanto uma mulher vive em média 57,5 anos com saúde (contra o valor médio da UE de 63,8 anos).²

A Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴ definiu 2021-2030 como a década do envelhecimento saudável. Para o arranque desta campanha, lançou um relatório que faz o ponto de situação e estabelece as metas para a década. Os quatro pontos fulcrais de atuação serão: 1) mudar como pensamos, sentimos e agimos perante os idosos e o envelhecimento; 2) desenvolver comunidades que acolham as capacidades dos idosos; 3) prestar cuidados integrados em serviços de saúde que correspondam às necessidades dos idosos; 4) melhorar o acesso a cuidados de longo prazo para quem deles precisa. O relatório reforça que é necessário reconhecer que a população idosa é heterogénea e portanto necessita não só de intervenções globais, como intervenções personalizadas às necessidades de cada idoso. A OMS refere ainda que envelhecimento saudável não implica necessariamente a ausência de doença: a maioria dos idosos com multimorbilidade pode ter um envelhecimento saudável desde que sejam desenvolvidas repostas de gestão da doença que otimizem o estado funcional do indivíduo.

O conceito de cuidados de saúde integrados (do inglês *Integrated Care*) surge como possível solução para uma população cada vez mais idosa, heterogénea, altamente complexa, com multimorbilidade e necessidade crescente de cuidados de saúde⁵. Os cuidados integrados opõem-se ao modelo de cuidados clássico que é fragmentado (múltiplos prestadores de cuidados, sem interligação entre si) e episódico. Embora não

seja consensual a sua definição, a OMS define cuidados integrados como uma abordagem centrada na pessoa ao longo da vida, planeada de acordo com as suas necessidades multidimensionais, prestada e coordenada por uma equipa multidisciplinar que integra profissionais de vários níveis e contextos de cuidado. Falamos, portanto, de integração horizontal, que diz respeito à multidisciplinaridade dentro da mesma organização ou nível de cuidados (por exemplo num internamento hospitalar) e integração vertical, que se refere à interligação de organizações em diferentes níveis de cuidados, como é o caso dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares.⁵

Existem vários modelos de cuidados de saúde integrados, quer de base populacional como de base individual, sendo comum a todos a procura de cuidados personalizados às necessidades do doente. A nível individual, o modelo mais conhecido e utilizado é o gestor de caso (do inglês *case-management*), que implica a atribuição de um gestor de caso a cada doente, que coordena os cuidados a todos os níveis estabelecendo um plano de acordo com as preferências do doente. Aplica-se frequentemente a indivíduos com multimorbilidade, com necessidades sociais complexas ou com utilização frequente de recursos hospitalares.

O modelo Kaiser Permanente (KP) é um exemplo de cuidados integrados a nível populacional. A empresa Kaiser Permanente surgiu em 1930 nos Estados Unidos da América como um sistema de saúde pré-pago com foco na prevenção da doença. O modelo KP baseia-se na estratificação de risco da população e na utilização de sistemas eletrónicos integrados de registo de dados médicos para personalizar as intervenções a grupos populacionais. Este modelo de estratificação é conhecido como a pirâmide de Kaiser, que foi posteriormente alargada pela King's Fund (Figura 1).

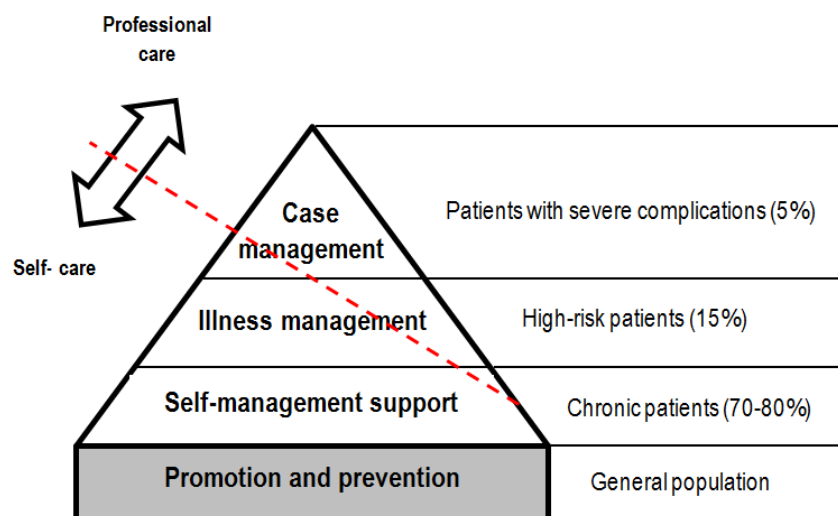


Figura 1 – Pirâmide de Kaiser alargada, reformulada pela King's Fund ⁵

Daqui emerge a necessidade de estratificar ou agrupar os doentes, para lhes atribuir um plano de cuidados adequado. Este tipo de abordagem aos cuidados de saúde parece melhorar a satisfação dos doentes, mas há dúvidas quanto ao seu custo-efectividade⁶. Foram já propostos vários modelos de agrupamento/estratificação a vários níveis (comunidade, hospitalar), mas a OMS realça que todos os modelos são dependentes do contexto, difíceis de replicar e só são bem sucedidos se tiverem em conta as características e necessidades únicas da população que pretendem servir ⁵.

A criação de perfis clínicos pode ser uma ferramenta importante para a adequação dos cuidados de saúde. Se pensarmos no exemplo das *guidelines* da insuficiência cardíaca aguda, a divisão dos doentes em perfis clínicos/hemodinâmicos está inerente à terapêutica que escolhemos para cada doente.

Um modelo de cuidados único provavelmente não se adequa a uma população tão complexa e heterogénea como a população idosa, pelo que novos modelos de cuidados deverão ser explorados. O presente trabalho inspira-se em exemplos de agrupamento como o modelo Kaiser Permanente e os perfis hemodinâmicos utilizados no manejo da insuficiência cardíaca para criar perfis clínicos aplicáveis à população idosa internada num hospital e propor cuidados adaptados a cada perfil.

MÉTODOS

OBJETIVOS

1. Caracterizar os doentes idosos internados num serviço de Medicina Interna;
2. Definir os diferentes perfis clínicos dos doentes idosos internados num serviço de Medicina Interna;
3. Definir as necessidades de cuidado de cada perfil.

DESENHO DO ESTUDO E MÉTODOS

Tipo de estudo e desenho do estudo

O presente estudo teve um desenho observacional, retrospectivo e longitudinal. Foram incluídos os doentes com idade igual ou superior a 65 anos internados num Serviço de Medicina Interna. Estes doentes foram classificados como pertencendo a 1 ou mais perfis clínicos, cada perfil foi caracterizado e definidas as suas necessidades de cuidados.

Processo de amostragem e recrutamento

A amostra foi uma amostra de conveniência, dos doentes que cumpriam os critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram:

1. Idade igual ou superior a 65 anos;
2. Internamento no Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta no ano de 2019.

Os critérios de exclusão foram:

1. Internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliária;
2. Internamento na Unidade Médica Diferenciada (Unidade de Cuidados Intermédios);
3. Internamento na Unidade de Cuidados Intensivos;

4. Óbito antes da primeira observação pela equipa médica do serviço de Medicina Interna;
5. Internamento sob responsabilidade de outra especialidade que não a Medicina Interna;
6. Outros motivos.

No ano de 2019 foram internados 2841 doentes no serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta. Destes, 532 tinham idade inferior a 65 anos e 2309 tinham idade igual ou superior a 65 anos.

Dos 2309 doentes com idade igual ou superior a 65 anos, 2133 cumpriam todos os critérios de inclusão e nenhum critério de exclusão. Um total de 176 doentes foram excluídos do presente estudo, pelos motivos apresentados na Tabela 1.

Internamento na Unidade de Hospitalização Domiciliária	68 doentes
Internamento em Unidade de Cuidados Intermédios	18 doentes
Internamento na Unidade de Cuidados Intensivos	10 doentes
Óbito antes da primeira observação pela equipa médica do serviço	28 doentes
Internamento ao cuidado de outras especialidades	38 doentes
Outros motivos	14 doentes (4 processos sem informação suficiente, 7 internamentos por motivos sociais apenas, 3 internamentos eletivos de duração inferior a 1 dia)
TOTAL	176 doentes

Tabela 1 – Motivos de exclusão

Processo de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de consulta do processo clínico eletrónico.

Variáveis e instrumentos a utilizar

As variáveis utilizadas foram: variáveis sociodemográficas (género, idade, local de residência, co-habitantes), fragilidade (medida pela *Clinical Frailty Scale*), dependência para as atividades de vida diária básicas (medida pela escala de Katz), perfil clínico do doente, número de consultas hospitalares em que foi acompanhado no ano precedente (de qualquer especialidade), número de vindas ao serviço de urgência no ano precedente, número de internamentos no ano precedente (de qualquer especialidade), dados do internamento em estudo (data de internamento, data de alta clínica, data de saída do hospital, demora média, protelamento de alta por motivos sociais, duração do internamento por motivos sociais, resultado do internamento, diagnósticos do internamento, número de diagnósticos do internamento), comorbilidades (tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, fibrilhação auricular, tromboembolismo pulmonar, doença pulmonar não DPOC, cardiopatia valvular, doença da tiróide, doença renal crónica ligeira, doença de Parkinson, síndrome depressivo, úlceras de pressão, anemia, queda, osteoartrose), prognóstico (medido pelo índice de Chalon), carga de comorbilidade (medido pelo índice de CIRS-G), número total de comorbilidades, número total de fármacos tomados diariamente, dados pós-alta (óbito após a alta, data de óbito, re-internamento no ano seguinte, data de re-internamento, motivo de re-internamento, número de re-internamentos no ano seguinte). As características detalhadas de cada variável são apresentadas no anexo A.

A *Clinical Frailty Scale* (CFS) é uma escala de fragilidade que classifica os doentes como pertencendo a 1 de 9 patamares de fragilidade, quanto maior a pontuação, mais frágil o doente é considerado. Está validada para a população portuguesa ⁷.

A Escala de Katz avalia a funcionalidade para realização das Atividades de Vida Diárias Básicas (AVD's básicas), através de 6 variáveis: vestir, tomar banho, utilizar o WC, transferências, continência de esfíncteres e alimentação ⁸. Cada domínio é pontuado com 0 (não é capaz de realizar autonomamente) ou 1 (é capaz de realizar autonomamente), tendo uma pontuação final que varia entre 0 e 6. No final o doente é classificado como independente (pontuação 6), ligeiramente dependente (5 pontos),

moderadamente dependente (3-4 pontos), gravemente dependente (1-2 pontos) ou totalmente dependente (0 pontos). Escala validada para a população portuguesa ⁹.

O índice de *Charlson* é um índice de prognóstico que calcula a probabilidade de sobrevivência a 10 anos de doentes com multimorbilidade. Avalia as seguintes variáveis: idade, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, acidente vascular cerebral, síndrome demencial, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença do tecido conjuntivo, doença ulcerosa péptica, doença hepática, diabetes mellitus, hemiplegia, doença renal crónica moderada ou grave, tumor sólido, leucemia, linfoma, SIDA. A maioria das comorbilidades são classificadas com 0 (ausente) ou 1 (presente), exceto hemiplegia, doença renal crónica moderada a grave, leucemia e linfoma (cuja presença pontua 2 pontos), SIDA (cuja presença pontua 6 pontos), doença hepática (moderada 1 ponto, grave 3 pontos), diabetes mellitus (sem complicações 1 ponto, com complicações 2 pontos) e tumor sólido (localizado 2 pontos, metastizado 6 pontos). Quanto maior a pontuação, menor a probabilidade de sobrevivência a 10 anos¹⁰. Não se encontra validada para a população portuguesa, mas é amplamente utilizada não só em investigação como na prática clínica.

A *Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric* (CIRS-G) é uma escala de carga (*burden*) de comorbilidade adaptada para a população geriátrica, que avalia 16 sistemas de órgãos (cardíaco, vascular, hematológico, respiratório, oftalmo/otorrinológico, tracto gastro-intestinal superior, tracto gastro-intestinal inferior, hepato-bilio-pancreático, renal, genito-urinário, musculo-esquelético, neurológico, endócrino-metabólico, psiquiátrico), atribuindo-lhes uma pontuação de 0 a 4 conforme a gravidade do problema (0-sem problema ou problema antigo sem sequelas; 1- problema atual ligeiro ou problema passado com impacto mínimo na morbi-mortalidade; 2- problema atual que requer medicação diária ou com impacto moderado na morbi-mortalidade; 3- doença crónica não controlada com terapêutica de primeira linha, causadora de incapacidade significativa; 4- problema muito grave, causador de disfunção terminal de órgão ou internamento, com impacto grave na funcionalidade). No final é somada a pontuação de cada sistema, sendo obtido um valor entre 0 e 56: quanto mais alta a pontuação final,

maior a carga de comorbilidade.¹¹ Não se encontra validada para a população portuguesa.

Variáveis e instrumentos a utilizar – Conceptualização dos perfis clínicos

Com base na experiência clínica do dia-a-dia e nas casuísticas anuais de um serviço de Medicina Interna, sabe-se que os principais diagnósticos de internamento são as infeções (respiratórias e urinárias), as doenças crónicas agudizadas (insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica) e o acidente vascular cerebral. Acresce a esta diversidade de diagnósticos (com necessidades terapêuticas específicas), desafios como a fragilidade, a comorbilidade e a dependência nas AVD's, que influem em muito na trajetória de doença e na adaptação dos cuidados a cada status funcional/fisiológico. Partindo do pressuposto do agrupamento de doentes como forma de personalização de cuidados, é possível conceptualizar quatro grupos ou perfis de doentes que são habitualmente internados num serviço de Medicina Interna:

Perfil A – o doente totalmente dependente para as atividades de vida diária básicas, cronicamente acamado. Neste perfil impera a fragilidade e dependência;

Perfil B – o doente com patologia crónica, internado por exacerbação. Neste grupo incluem-se os doentes com insuficiência cardíaca e DPOC agudizadas;

Perfil C – o doente com um diagnóstico de novo que traz implicações major para o futuro (por exemplo, diagnóstico de novo de neoplasia ou acidente vascular cerebral). Falamos portanto do doente que tem uma mudança de paradigma quer no seu status clínico quer de dependência e fragilidade, com todas as implicações não só clínicas mas também sociais que tal acarreta;

Perfil D – o doente com uma intercorrência isolada (por exemplo, uma intercorrência infecciosa ou iatrogenia);

Plano de análise estatística

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis de interesse.

A distribuição normal das variáveis contínuas foi verificada pelo método de achatamento e curtose. As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas em médias e desvio-padrão e comparadas usando o teste T de Student (uma variável contínua e uma variável categórica) ou o teste de Pearson (duas variáveis contínuas). Variáveis contínuas sem distribuição normal foram expressas em mediana e amplitude inter-quartílica e comparadas através de testes não paramétricos (teste de Mann-Whitney se uma variável contínua e uma variável categórica; ou teste de Spearman se duas variáveis contínuas). Variáveis categóricas foram expressas em frequências e comparadas utilizando o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher (quando não se aplicaram os pressupostos para a utilização do qui-quadrado). Foram ainda calculados riscos relativos e odds-ratio. O nível de significância estatística foi definido como $p=0,05$. A análise estatística foi realizada em SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 26.

Cronograma e financiamento

A pesquisa bibliográfica e elaboração do protocolo de estudo decorreu no mês de Outubro de 2020, sendo o mesmo entregue à Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta e à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra no final do referido mês. Após aprovação do projeto por ambas as comissões de ética em Novembro 2020 (anexos B e C), foram pedidos ao gabinete de estatística do Hospital Garcia de Orta os números de processo dos doentes que cumpriam os critérios de inclusão. A recolha de dados com recurso à consulta do processo clínico eletrónico decorreu entre Dezembro 2020 e Julho 2021. A análise estatística iniciou-se no mês de Julho 2021 e culminou com a elaboração da presente dissertação de mestrado em Agosto-Setembro 2021.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta (anexo B) e pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (anexo C) em Novembro de 2020.

Como estudo retrospectivo e observacional, não condicionou qualquer alteração de conduta diagnóstica ou terapêutica para os participantes. Os dados recolhidos são confidenciais, e apenas acessíveis aos investigadores do estudo garantindo-se o máximo de anonimato e confidencialidade. Os dados apresentados após análise estatística como médias/medianas, frequências e resultados de testes estatísticos, tornam impossível a identificação de qualquer doente individual.

A população idosa é frequentemente excluída de estudos científicos, sendo um dos motivos a impossibilidade de obter consentimento informado, o que prejudica o melhor tratamento desta faixa etária. Em virtude da idade e comorbilidades da amostra, a maioria dos doentes já tinha falecido ou não tinha condições para prestar consentimento informado. Esta situação está prevista na *Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro (Art 19º, nº6)*: “No caso de uso retrospectivo de amostras ou em situações especiais em que o consentimento das pessoas envolvidas não possa ser obtido devido à quantidade de dados ou de sujeitos, à sua idade ou outra razão comparável, o material e os dados podem ser processados, mas apenas para fins de investigação científica ou obtenção de dados epidemiológicos ou estatísticos.”. Como estudo com implicações importantes no tratamento dos mais idosos, justifica-se eticamente a sua inclusão apesar da ausência de consentimento informado.

RESULTADOS

ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

Foram incluídos 2133 doentes, com uma média de idade de 80,98 anos, tendo o doente mais idoso 105 anos. O género feminino representou 54,7% dos incluídos (Tabela 2).

Quanto à habitação, a maioria (81,8%) residia no domicílio. Destes 710 (40,7%) residiam com o cônjuge (27 contavam com apoio da família e 43 contavam com apoio do centro dia/apoio domiciliário), 438 (25%) residiam com os filhos (13 com apoio do centro de dia/apoio domiciliário), 379 (21,8%) residiam sozinhos (68 com apoio de familiares e 71 com apoio do centro de dia/apoio domiciliário), 84 (4,8%) residiam com vários familiares, 74 (4,2%) residiam com outra pessoa (familiar não direto, amigo, outro), 32 (1,8%) residiam com cuidador formal, 28 (1,6%) não tinham registo de co-habitantes.

A maioria dos idosos incluídos eram totalmente independentes nas Atividades de Vida Diária (AVD's) e pontuavam 3 na escala de fragilidade clínica (Tabela 2).

Idade (anos) – média \pm desvio padrão	80,98 \pm 7,78
Género – nº (%)	
Masculino	967 (45,3)
Feminino	1166 (54,7)
Local de residência – nº (%)	
Estrutura Residencial Para Idosos	375 (17,6)
Domicílio	1745 (81,8)
Desconhecido	13 (0,6)
Fragilidade (<i>Clinical Frailty Scale</i>) – nº (%)	
1	2 (0,1)
2	27 (1,3)
3	764 (35,8)
4	160 (7,5)
5	148 (6,9)
6	400 (18,8)
7	370 (17,3)
8	250 (11,7)

9	0
Desconhecido	12 (0,6)
Dependência para as AVD's (Escala de Katz) – nº (%)	
Dependência total (0 pontos)	450 (21,1)
Dependência grave (1-2 pontos)	169 (7,9)
Dependência moderada (3-4 pontos)	340 (16)
Dependência ligeira (5 pontos)	169 (7,9)
Independência total (6 pontos)	993 (46,6)
Desconhecido	12 (0,6)

Tabela 2 – Caracterização demográfica, de fragilidade e de dependência da amostra. N=2133

Quando à utilização de recursos hospitalares no ano precedente, verificou-se uma mediana de 1 consulta, 1 vinda ao serviço de urgência e 0 internamentos (Tabela 3).

Consulta hospitalar, qualquer especialidade	
Mediana	1
Amplitude interquartil	2
Mínimo; máximo	0; 8
Número de vindas ao Serviço de Urgência, sem internamento subsequente	
Mediana	1
Amplitude interquartil	2
Mínimo; máximo	0; 17
Número de internamentos, qualquer especialidade	
Mediana	0
Amplitude interquartil	0
Mínimo; máximo	0; 6

Tabela 3 – Utilização de recursos hospitalares no ano precedente. N=2133

Os idosos internados tinham uma média de 6 comorbilidades e tomavam uma média de 7 fármacos diariamente. No que toca a índices de prognóstico e comorbilidade, o índice de Charlson médio foi de 6 pontos e o índice CIRS-G médio foi de 14,5 pontos (Tabela 4).

Da análise detalhada das comorbilidades, a hipertensão arterial, a dislipidemia, a insuficiência cardíaca, a fibrilhação auricular, a doença cerebro-vascular e a anemia crónica destacaram-se como as mais prevalentes (Tabela 5).

Número total de comorbilidades (média ± desvio padrão)	6,14 ± 2,82
Número total de fármacos (média ± desvio padrão)	7,43 ± 3,70
Índice de Charlson (média ± desvio padrão)	6,11 ± 2,00
Índice CIRS-G (média ± desvio padrão)	14,52 ± 5,26

Tabela 4 – Índices de comorbilidade e prognóstico. N=2133

Tabagismo – n (%)	
Ativo	100 (4,7)
No passado	404 (18,9)
Alcoolismo – n (%)	
Ativo	98 (4,6)
No passado	112 (5,3)
Hipertensão arterial – n (%)	1816 (85,1)
Dislipidemia – n (%)	1296 (60,8)
Obesidade – n (%)	340 (15,9)
Fibrilhação/Flutter auricular – n (%)	761 (35,7)
Cardiopatía valvular – n (%)	293 (13,7)
Cardiopatía isquémica – n (%)	381 (17,9)
Insuficiência Cardíaca – n (%)	1013 (47,5)
Tromboembolismo pulmonar – n (%)	175 (8,2)
Doença arterial periférica – n (%)	196 (9,2)
Doença pulmonar – n (%)	
DPOC	273 (12,8)
Não DPOC	230 (10,8)
Doença da tiróide – n (%)	
Hipotiroidismo	197 (9,2)
Hipertiroidismo	16 (0,8)
Diabete mellitus – n (%)	782 (36,6)
Doença Renal Crónica – n (%)	
Creatinina <3	343 (16,1)
Creatinina >3 ou técnica dialítica	64 (3)
Doença cerebrovascular (AVC/AIT) – n (%)	704 (33)
Hemiplegia – n (%)	47 (2,2)
Doença de Parkinson – n (%)	102 (4,8)
Síndrome depressivo – n (%)	559 (26,2)
Síndrome demencial – n (%)	514 (24,1)
Úlceras de pressão – n (%)	259 (12,1)
Anemia crónica – n (%)	962 (45,1)
Doença do tecido conjuntivo – n (%)	63 (3)
Queda – n (%)	
Sem fratura	270 (12,7)
Com fratura da extremidade proximal do fémur	197 (9,2)
Com fratura de outra localização anatómica	117 (5,5)
Osteoartrose – n (%)	489 (22,9)
Úlcera péptica – n (%)	31 (1,5)
Doença hepática – n (%)	
Ligeira	30 (1,4)
Moderada a grave	21 (1)
Tumor sólido – n (%)	
Localizado	126 (5,9)
Metastizado	81 (3,8)

Leucemia – n (%)	26 (1,2)
Linfoma – n (%)	13 (0,6)
HIV – n (%)	5 (0,2)

Tabela 5 – Análise detalhada de comorbilidades. N=2133

Os internamentos no serviço no ano de 2019 duraram uma mediana de 11 dias, com protelamento de alta por motivos sociais em 313 doentes (Tabela 6). Verificou-se o óbito de 300 doentes no decorrer do internamento, cuja principal causa foi doença infecciosa, seguida de doença neoplásica (Tabela 7, detalhado na Tabela 17 do anexo D). Em 84 (3,9%) doentes, foram diagnosticadas úlceras de pressão *de novo* durante o internamento.

Os principais motivos de internamento foram do foro infeccioso (infecção do trato urinário, pneumonia e traqueobronquite aguda), cardiovascular (fibrilhação auricular e insuficiência cardíaca descompensada), cerebro-vascular (AVC isquémico), renal (doença renal crónica, distúrbios hidro-eletrolíticos, lesão renal aguda), pulmonar (DPOC agudizada, insuficiência respiratória parcial/global) e hematológico (anemia) (Tabela 8, detalhado na Tabela 18 a Tabela 32 do anexo D)

Demora média (em dias)	
Mediana	11
Amplitude interquartil	10
Mínimo; máximo	1; 124
Número de diagnósticos do internamento	
Mediana	4
Amplitude interquartil	3
Mínimo; máximo	0; 20
Número de doentes com protelamento de alta por motivos sociais - n (%)	313 (14,7)
Duração do internamento por motivos sociais (em dias)	
Mediana	2
Amplitude interquartil	3
Mínimo; máximo	1; 163
Resultado do internamento – n (%)	
Alta	1829 (85,7)
Óbito	300 (14,1)
Outro*	4 (0,2)

Tabela 6 – Dados gerais dos internamentos. N=2133. * 3 transferências para outro hospital e 1 alta conta parecer médico

Causas infecciosas	
TOTAL	142 (46,9)
Causas neoplásicas	
TOTAL	21 (6,8)
Doença crónica	
TOTAL	44 (14,6)
Doença cérebro-vascular e neurológica	
TOTAL	57 (21,5)
Doença cardio-vascular	
TOTAL	7 (2,4)
Doença hematológica	
TOTAL	4 (1,3)
Doença gastro-intestinal e hepato-biliar	
TOTAL	10 (3,4)
Outros	
TOTAL	15 (4,9)

Tabela 7 – Causas de óbito no internamento (sumário). N=300

	Diagnóstico principal - n	Diagnósticos acessórios - n	TOTAL - n
Doenças infecciosas			
TOTAL	795	852	1647
Doença cardiovascular			
TOTAL	446	928	1374
Doença neurológica e cerebro-vascular			
TOTAL	414	95	509
Doença renal, genito-urinária e distúrbios hidro-electrolíticos e ácido-base			
TOTAL	82	1535	1617
Doença pleuro-pulmonar			
TOTAL	42	977	1019
Doença hematológica			
TOTAL	48	377	425
Doenças neoplásicas			
TOTAL	62	85	147
Doença endocrinológica			
TOTAL	17	127	144
Doença hepato-bilio-pancreática			
TOTAL	32	77	109
Doença gastro-intestinal			
TOTAL	63	234	297
Doença neuro-muscular e osteo-articular			
TOTAL	31	163	194
Doença neuro-psiquiátrica			
TOTAL	34	98	132

Iatrogenia			
TOTAL	34	125	159
Motivos sociais			
TOTAL	3	16	19
Outros motivos			
TOTAL	37	267	304

Tabela 8 - Diagnósticos de internamento, sumário. N=2133

Verificou-se o re-internamento de 675 doentes no período de 1 ano após o internamento inicial (mediana de 1 internamento, amplitude interquartil de 1). Os re-internamentos ocorreram em mediana 72 dias após o internamento inicial (amplitude interquartil de 143). Destes re-internamentos, 391 (18,3%) foram por motivos diferentes do internamento original e 281 (13,2%) foram por motivos semelhantes ao internamento inicial. Os diagnósticos que mais frequentemente causaram re-internamentos foram a insuficiência cardíaca descompensada e a pneumonia (Tabela 9, detalhado na Tabela 33 do anexo D).

Doença infecciosa	
TOTAL	119 (42,8)
Doença neoplásica	
TOTAL	22 (8,3)
Doença crónica	
TOTAL	79 (28,2)
Doença cerebro-vascular e neurológica	
TOTAL	21 (7,5)
Doença cardio-vascular	
TOTAL	8 (3)
Doença hematológica	
TOTAL	5 (1,9)
Doença gastro-intestinal e hepato-biliar	
TOTAL	10 (3,8)
Outros	
TOTAL	17 (6,4)

Tabela 9 – Motivos de internamento dos doentes re-internados por motivos semelhantes aos do internamento original, resumido. N= 281

No ano seguinte à alta, 645 doentes faleceram, em mediana 128 dias após a alta (amplitude interquartil 290). O motivo de óbito destes doentes não foi analisado.

ANÁLISE DESCRITIVA DOS PERFIS CLÍNICOS

PERFIL A – “o doente totalmente dependente, cronicamente acamado”

Um total de 250 doentes (11,7%) enquadravam-se no perfil A, com uma média de idades de 83 anos e predomínio do género feminino (60,8%). A maioria residia no domicílio (55,6%) embora este perfil tenha tido a percentagem mais significativa de doentes residentes em ERPI (44%). Todos os doentes pontuavam 8 na escala de fragilidade (característica definidora de perfil) e tinham um grau de dependência grave ou total. O consumo de recursos hospitalares por parte destes doentes foi baixo e a demora média foi de 10 dias. Este grupo caracterizou-se por uma carga de comorbilidade elevada (CIRSG de 20 pontos), sendo comorbilidades como a doença de Parkinson, síndrome depressivo, úlceras de pressão, quedas (com ou sem fratura do colo do fémur) e síndrome demencial, mais frequentes neste do que nos restantes perfis. As infeções respiratórias foram o diagnóstico principal mais prevalente neste perfil, com uma mortalidade intra-hospitalar por todas as causas de cerca de 36%. A percentagem de reinternamento foi a mais baixa de todos os perfis (21%) e a mortalidade no ano seguinte à alta a mais elevada de todos os perfis (38,8%). (Tabela 10)

PERFIL B – “o doente com patologia crónica, internado por exacerbação”

O perfil B foi o segundo mais numeroso, com 44,6% da amostra. A maioria dos doentes deste perfil residia no domicílio (83%), com uma média de idade de 81 anos, um estado de fragilidade “razoável” (31,2%) ou “moderado” (23,4%) a “gravemente frágil” (18,6%). Foi o perfil com maior consumo de recursos hospitalares, maior número de comorbilidades (7,67 em média) e maior consumo diário de fármacos (8,84 em média). As principais comorbilidades foram as doenças crónicas como a fibrilhação auricular (52,9%), a doença renal crónica (35%), a insuficiência cardíaca (76,8%) e a diabetes mellitus (42,6%). A anemia foi também uma comorbilidade muito frequente nesta população (52,4%). Este foi um dos perfis com maior demora média (13 dias em mediana) e com maior número de diagnósticos do internamento (4,91 em média). A insuficiência cardíaca descompensada foi responsável pela maioria dos internamentos

deste grupo. Como grupo de doentes crónicos, foi aquele com maior percentagem de re-internamentos no ano seguinte (37,7%). (Tabela 10)

PERFIL C – “o doente com diagnóstico de novo com implicações major para o futuro”

Ao perfil C pertenceram 711 doentes com 80 anos em média, residentes no domicílio (88%), com um estado “razoável” de fragilidade (45,9%) e independentes para as AVD’s em 57,2% dos casos. O número de comorbilidades (média de 6,34), a carga de comorbilidade (CIRS-G médio de 15,29) e a média de fármacos tomados diariamente foram os mais baixos de todos os perfis. O principal diagnóstico neste grupo foi o AVC isquémico (43,2%), sendo o grupo com menos diagnósticos de internamento e maior percentagem de protelamento de alta por motivos sociais. As percentagens de re-internamentos no ano seguinte (28,1%) e óbito no ano seguinte (29%) foram das mais baixas de todos os perfis. (Tabela 10)

PERFIL D – “o doente com uma intercorrência isolada”

O perfil mais prevalente (70,2%), composto maioritariamente por mulheres (55,9%) residentes no domicílio (78,6%). Quanto à fragilidade, 30,4% tinham um estado “razoável”, mas 53,8% eram moderada a gravemente frágeis. Os principais diagnósticos deste perfil foram a pneumonia adquirida na comunidade (11,9%), a traqueobronquite aguda (6,1%), a cistite (4,8%) e a pneumonia associada aos cuidados de saúde (4,5%). A percentagem de re-internamentos (32,2%) foi a mais elevada a seguir ao perfil dos doentes crónicos. (Tabela 10)

	Perfil Clínico	A	B	C	D
	n (%)	250 (11,7)	952 (44,6)	711 (33,3)	1498 (70,2)
	Idade - média ± dp	83,23 ± 6,96	80,89 ± 7,48	80,04 ± 7,72	80,84 ± 7,38
Gênero	Masculino - n (%)	98 (39,2)	424 (44,5)	338 (47,5)	661 (44,1)
	Feminino - n (%)	152 (60,8)	528 (55,5)	373 (52,5)	837 (55,9)
Local de residência	Domicílio - n (%)	139 (55,6)	790 (83)	626 (88)	1177 (78,6)
	Com cônjuge	51 (20,4)	313 (32,9)	262 (36,7)	470 (31,4)
	Com filhos	67 (26,8)	199 (20,9)	154 (21,6)	311 (20,7)
	Cuidador formal	9 (3,6)	16 (1,7)	6 (0,8)	27 (1,8)
	Sozinho	2 (0,8)	177 (18,6)	138 (19,5)	251 (16,8)
	Vários familiares	5 (2)	41 (4,3)	28 (3,9)	54 (3,6)
	Outros	6 (2,4)	36 (3,8)	24 (3,4)	51 (3,4)
	Desconhecido	0 (0)	8 (0,8)	15 (2,1)	20 (1,3)
	ERPI - n (%)	110 (44)	162 (17)	78 (11)	314 (21)
	Desconhecido – n (%)	1 (0,4)	0 (0)	7 (1)	7 (0,5)
Fragilidade (Clinical Frailty Scale) N (%)	1		1 (0,1)	1 (0,1)	0 (0)
	2		9 (0,9)	16 (2,3)	16 (1,1)
	3		297 (31,2)	326 (45,9)	455 (30,4)
	4		86 (9)	53 (7,5)	108 (7,2)
	5		75 (7,9)	50 (7)	106 (7,1)
	6		223 (23,4)	119 (16,7)	289 (19,3)
	7		177 (18,6)	93 (13,1)	299 (20)
	8	250 (100)	79 (8,3)	48 (6,8)	217 (14,5)
	Desconhecido		5 (0,5)	5 (0,7)	8 (0,5)

Dependência para AVD's (Escala Katz) N (%)	Dependência total (0 pontos)	238 (95,2)	165 (17,3)	93 (13,1)	384 (25,6)
	Dependência grave (1-2 pontos)	12 (4,8)	88 (8,3)	47 (6,6)	131 (8,8)
	Dependência moderada (3-4 pontos)		190 (20)	99 (13,9)	249 (16,6)
	Dependência ligeira (5 pontos)		90 (9,5)	60 (8,4)	115 (7,7)
	Independência total (6 pontos)		414 (43,5)	407 (57,2)	611 (40,8)
	Desconhecido		5 (0,5)	5 (0,7)	8 (0,5)
Consumo recursos hospitalares	Nº consultas hospitalares - mediana (AIQ)	0,5 (2)	1 (3)	1 (2)	1 (2)
	Nº vindas SU - mediana (AIQ)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)
	Nº internamentos - mediana (AIQ)	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (1)
Comorbidade	Índice Charlson - média ± desvio padrão	6,54 ± 1,45	6,79 ± 1,86	7,18 ± 2,23	6,43 ± 1,97
	Índice CIRS-G - média ± desvio padrão	19,35 ± 4,11	16,46 ± 4,98	15,29 ± 5,26	15,89 ± 5,04
	Nº comorbidades - média ± desvio padrão	6,37 ± 2,39	7,67 ± 2,96	6,34 ± 3,11	7,01 ± 2,94
	Nº fármacos - média ± desvio padrão	8,35 ± 3,53	8,84 ± 3,49	7,06 ± 3,76	8,46 ± 3,77
	Comorbidades mais frequentes – n (%)				
	Tabagismo ativo		44 (4,6)	38 (5,3)	69 (4,6)
	Tabagismo passado	25 (10)	205 (21,5)	128 (18)	269 (18)
	Alcoolismo ativo		50 (5,3)	32 (4,5)	65 (4,3)
	Alcoolismo passado	10 (4)	68 (7,1)	32 (4,5)	79 (5,3)
	Hipertensão arterial	205 (82)	838 (88)	607 (85,4)	1285 (85,8)
	Dislipidemia	126 (50,4)	610 (64,1)	434 (61)	916 (61,1)
	Obesidade	32 (12,8)	207 (21,7)	99 (13,9)	223 (14,9)
	Fibrilhação auricular	84 (33,6)	504 (52,9)	206 (29)	533 (35,6)

Tromboembolismo pulmonar	15 (6)	68 (7,1)	102 (14,3)	109 (7,3)
Doença pulmonar, não DPOC	27 (10,8)	142 (14,9)	49 (6,9)	159 (10,6)
Cardiopatía valvular	20 (8)	194 (20,4)	87 (12,2)	203 (13,6)
Hipotiroidismo	11 (4,4)	8 (0,8)	55 (7,7)	134 (8,9)
Doença renal crónica com creatinina <3	33 (13,2)	294 (30,9)	93 (13,1)	231 (15,4)
Doença renal crónica com creatinina >3 ou diálise	5 (2)	39 (4,1)	20 (2,8)	45 (3)
Doença Parkinson	30 (12)	31 (3,3)	25 (3,5)	91 (6,1)
Síndrome depressivo	77 (30,8)	239 (25,1)	165 (23,2)	415 (27,7)
Úlceras de pressão	150 (60)	99 (10,4)	47 (6,6)	229 (15,3)
Anemia	120 (48)	499 (52,4)	262 (36,8)	737 (49,2)
Queda sem fratura	33 (13,2)	122 (12,8)	92 (12,9)	210 (14)
Queda com fratura fémur	58 (23,2)	94 (9,9)	52 (7,3)	156 (10,4)
Queda com outra fratura	18 (7,2)	52 (5,5)	37 (5,2)	86 (5,7)
Osteoartrose	58 (23,2)	228 (23,9)	177 (24,9)	335 (22,4)
Cardiopatía isquémica	34 (13,6)	226 (23,7)	148 (20,8)	268 (17,9)
Insuficiência Cardíaca	111 (44,4)	731 (76,8)	256 (36)	723 (48,3)
Doença arterial periférica	10 (4)	102 (10,7)	82 (11,5)	134 (8,9)
Acidente Vascular Cerebral	88 (35,2)	228 (23,9)	429 (60,3)	412 (27,5)
Síndrome demencial	146 (58,4)	190 (20)	137 (19,3)	420 (28)
DPOC	24 (9,6)	188 (19,7)	61 (8,6)	204 (13,6)
Diabetes mellitus	95 (38)	405 (42,6)	228 (32)	551 (36,8)
Tumor sólido localizado	13 (5,2)	52 (5,5)	70 (9,8)	83 (5,5)
Tumor sólido metastizado	7 (2,8)	21 (2,2)	62 (8,7)	36 (2,4)

Dados do internamento	Demora média - mediana (AIQ)	10,5 (11)	13 (12)	13 (10)	12 (11)
	Nº de diagnósticos do internamento - média ± desvio padrão	3,98 ± 1,81	4,91 ± 2,22	4,02 ± 2,44	4,57 ± 2,19
	Óbitos no internamento - n (%)	89 (35,6)	138 (14,5)	108 (15,2)	235 (15,7)
	Protelamento alta por motivos sociais – n (%)	39 (15,6)	130 (13,66)	118 (16,60)	236 (15,75)
	Co-ocorrência com outros perfis – n (%)				
	A		79 (8,3)	48 (6,8)	217 (14,5)
	B	79 (31,6)		173 (24,3)	644 (43)
	C	48 (19,2)	173 (18,2)		317 (21,2)
	D	217 (86,8)	644 (67,6)	317 (44,6)	
	Diagnósticos do internamento mais frequentes – n (%)				
	AVC isquémico	21 (8,4)	45 (4,7)	307 (43,2)	120 (8)
	Insuficiência cardíaca descompensada	12 (4,8)	210 (22,1)	16 (2,3)	101 (6,7)
	Pneumonia adquirida na comunidade	22 (8,8)	89 (9,3)	14 (2)	178 (11,9)
	Pneumonia associada aos cuidados de saúde	21 (8,4)	28 (2,9)		68 (4,5)
	Acidente isquémico transitório			33 (4,6)	
	Anemia ferropénica				18 (1,2)
	AVC hemorrágico			29 (4,1)	
	Cistite	19 (7,6)	19 (2)		71 (4,8)
	DPOC agudizada		17 (1,8)		
	EAM sem supra-ST		19 (2)	28 (3,9)	15 (1)
Edema agudo do pulmão		49 (5,1)		19 (1,3)	
FA resposta ventricular rápida		42 (4,4)			

	Hiponatremia iatrogenica				16 (1,1)
	Intoxicação medicamentosa voluntária				
	Influenza A	3 (1,2)	33 (3,5)		63 (4,2)
	Pielonefrite	9 (3,6)	17 (1,8)		49 (3,2)
	Pneumonia aspiração	21 (17,2)			38 (2,5)
	Pneumonite aspiração	3 (1,2)			
	Pneumonia nosocomial	4 (1,6)			24 (1,6)
	Traqueobronquite aguda	14 (5,6)	47 (4,9)		92 (6,1)
	Tromboembolismo pulmonar			63 (8,9)	23 (1,5)
	Colite isquémica	4 (1,6)			19 (1,3)
	Lesão renal aguda	8 (3,2)			28 (1,9)
	Doença renal crónica agudizada	7 (2,8)	27 (2,8)		
	Desidratação	3 (1,2)			
	Sépsis ponto partida urinário	9 (3,6)			32 (2,1)
	Sépsis ponto partida cutâneo	3 (1,2)			
	Gastroenterite aguda	3 (1,2)			21 (1,4)
	Hemorragia digestiva alta	3 (1,2)			
	Hemorragia digestiva baixa	3 (1,2)	10 (1,1)		
	Úlceras pressão infectadas	7 (2,8)			
Após a alta	Re-internamento no ano seguinte - n (%)	53 (21,2)	359 (37,7)	200 (28,1)	483 (32,2)
	Nº re-internamentos no ano seguinte – mediana (AIQ)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	1 (1)
	Óbito - n (%)	97 (38,8)	334 (35,1)	206 (29)	459 (30,6)

Tabela 10 – Análise descritiva dos perfis. N=2133

ANÁLISE BIVARIADA - CARACTERIZAÇÃO DOS PERFIS CLÍNICOS

Todos os perfis se associaram de forma estatisticamente significativa com a idade, prognóstico, carga de comorbilidade, número de vindas ao SU, nº de diagnósticos do internamento, fragilidade e dependência para as AVD's.

O perfil A foi o único perfil que se associou ao género do doente. No que toca a *outcomes*, o perfil A e D associaram-se a óbitos no internamento, o perfil B e C associaram-se a re-internamentos e o perfil A e B associaram-se a óbitos no ano seguinte à alta hospitalar.

	Perfil A	Perfil B	Perfil C	Perfil D
Idade	<0,001	<0,001	0,044	<0,001
Prognóstico (Índice Charlson)	<0,001	<0,001	<0,001	0,014
Carga comorbilidade (Índice de CIRS-G)	<0,001	<0,001	0,005	<0,001
Nº comorbilidades	0,958	<0,001	<0,001	0,002
Nº fármacos tomados diariamente	0,076	<0,001	<0,001	<0,001
Nº consultas hospitalares	<0,001	<0,001	0,002	0,508
Nº vindas SU	0,041	<0,001	<0,001	0,029
Nº internamentos	0,012	<0,001	<0,001	0,050
Nº diagnósticos do internamento	0,026	<0,001	<0,001	<0,001
Demora média	0,191	<0,001	<0,001	<0,001
Género	0,038	0,507	0,148	0,085
Local de Residência	<0,001	0,464	<0,001	<0,001
Fragilidade	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Dependência nas AVD's	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Protelamento alta por motivos sociais	0,011	0,254	0,045	0,007
Resultado do internamento	<0,001	0,617	0,285	0,001
Re-internamento	0,252	<0,001	0,023	0,077
Óbito pós-alta	<0,001	<0,001	0,519	0,151

Tabela 11 – Associação entre perfis clínicos e as variáveis em estudo. Os valores apresentados correspondem ao p value do teste de Qui-quadrado; estão destacados os resultados estatisticamente significativos.

PERFIL A

Este foi o único perfil em que se verificou uma associação com o género, tendo uma mulher um risco relativo de 1,3 vezes o risco de um homem de pertencer ao perfil A. Os doentes pertencentes a este perfil eram mais velhos, com maior carga de comorbilidade e menor consumo de recursos hospitalares. Residir em ERPI foi fator de risco para

pertencer ao perfil A, e pertencer ao perfil A foi fator de risco para óbito quer no internamento quer no ano seguinte ao internamento.

	Perfil A		RR	OR	Qui-Quadrado p value
	Não	Sim			
N (%)	1883 (88,28)	250 (11,72)			
Idade - média±dp	80,48 ± 7,79	84,77 ± 6,52			<0,001
Índice Charlson - média±dp	6,06 ± 2,03	6,49 ± 1,74			<0,001
Índice CIRS-G - média±dp	13,88 ± 5,06	19,35 ± 4,11			<0,001
Nº consultas hospitalares – mediana (AIQ)	1 (2)	0,5 (2)			<0,001
Nº vindas ao SU – mediana (AIQ)	1 (2)	1 (2)			<0,001
Nº internamentos ano anterior – mediana (AIQ)	0 (0)	0 (1)			0,012
Nº diagnósticos do internamento – média±dp	3,97 ± 2,31	3,98 ± 1,81			0,026
Género	Feminino	1014 87%	1,3	0,752	0,038
	Masculino	869 89,9%			
Local de residência	Domicílio	1606 92%	0,28	4,796	<0,001
	ERPI	265 70,7%			
Protelamento alta motivos sociais	Não	1403 92%	0,67	1,637	0,011
	Sim	274 87,5%			
Resultado do internamento	Alta	1668 91,2%	0,3	4,370	<0,001
	Óbito	211 70,3%			
Óbito após a alta	Não	1131 94,5%	0,4	3,033	<0,001
	Sim	548 85%			

Tabela 12 – Variáveis com associação estatisticamente significativa com o perfil A. N=2133

PERFIL B

Os doentes do perfil B tiveram um número de comorbilidades, carga de comorbilidade e número de fármacos tomados diariamente superior aos doentes não pertencentes ao perfil B. O grupo de doentes crónicos consumiu mais recursos hospitalares no ano precedente e teve uma demora média significativamente superior aos restantes doentes. Doentes crónicos tiveram 1,35 vezes maior risco de serem re-internados no ano seguinte e 1,27 vezes maior risco de óbito no ano seguinte ao internamento.

		Perfil B		RR	OR	Qui- Quadrado p value
		Não	Sim			
N (%)		1181 (55,4)	952 (44,6)			
Idade - média±dp		80,39 ± 7,81	80,89 ± 7,48			<0,001
Índice Charlson - média±dp		5,77 ± 2,05	6,79 ± 1,86			<0,001
Índice CIRS-G - média±dp		13,31 ± 5,07	16,46 ± 4,98			<0,001
Nº comorbilidades - média±dp		5,40 ± 2,59	7,67 ± 2,96			<0,001
Nº fármacos tomados diariamente - média±dp		6,72 ± 3,66	8,84 ± 3,49			<0,001
Nº consultas hospitalares – mediana (AIQ)		0 (2)	1 (3)			<0,001
Nº vindas ao SU – mediana (AIQ)		0 (1)	1 (2)			<0,001
Nº internamentos ano anterior – mediana (AIQ)		0 (0)	0 (1)			<0,001
Nº diagnósticos do internamento – média±dp		3,23 ± 1,90	4,91 ± 2,22			<0,001
Demora média – mediana (AIQ)		11 (9)	13 (12)			<0,001
Re- internamento	Não	707 60,6%	460 39,4%	0,74	1,746	<0,001
	Sim	316 46,8%	359 53,2%			
Óbito após a alta	Não	712 59,5%	485 40,5%	0,79	1,577	<0,001
	Sim	311 48,2%	334 51,8%			

Tabela 13 - Variáveis com associação estatisticamente significativa com o perfil B. N=2133

PERFIL C

Os doentes do perfil C tiveram uma média de idade inferior aos restantes doentes, tendo os doentes residentes em domicílio maior risco relativo de pertencer a este perfil. O perfil C associou-se a uma demora média superior, com risco de protelamento de alta por motivos sociais e re-internamento no ano seguinte.

	Perfil C		RR	OR	Qui-Quadrado p value	
	Não	Sim				
N (%)	1422 (66,7)	711 (33,3)				
Idade - média±dp	81,24 ± 7,75	80,04 ± 7,72			0,044	
Índice Charlson - média±dp	5,87 ± 1,81	7,18 ± 2,23			<0,001	
Índice CIRS-G - média±dp	14,75 ± 5,25	15,29 ± 5,26			0,005	
Nº comorbilidades - média±dp	6,41 ± 2,80	6,34 ± 3,11			<0,001	
Nº fármacos tomados diariamente - média±dp	7,92 ± 3,65	7,06 ± 3,76			<0,001	
Nº consultas hospitalares – mediana (AIQ)	1 (2)	1 (2)			0,002	
Nº vindas ao SU – mediana (AIQ)	1 (2)	1 (2)			<0,001	
Nº internamentos ano anterior – mediana (AIQ)	0 (1)	0 (1)			<0,001	
Nº diagnósticos do internamento – média±dp	4,15 ± 2,15	4,02 ± 2,44			<0,001	
Demora média – mediana (AIQ)	11 (9)	13 (10)			<0,001	
Local de residência	Domicílio	1119 64,1%	626 35,9%	1,71	0,469	<0,001
	ERPI	297 79,2%	78 20,8%			
Protelamento alta motivos sociais	Não	1039 68,1%	486 31,9%	0,84	1,294	0,045
	Sim	195 62,3%	118 37,7%			
Re-internamento	Não	761 65,2%	406 34,8%	1,17	0,789	0,023
	Sim	475 70,4%	200 29,6%			

Tabela 14 - Variáveis com associação estatisticamente significativa com o perfil C. N=2133

PERFIL D

Doente residentes em ERPI tiveram 1,25 vezes o risco de doentes residentes no domicílio de pertencer ao perfil D. Os doentes deste perfil tiveram maior número e carga de comorbilidade que os restantes. O perfil D associou-se a um maior número de diagnósticos de internamento, risco de protelamento de alta por motivos sociais e risco de óbito no internamento.

		Perfil D		RR	OR	Qui- Quadrado p value
		Não	Sim			
N (%)		635 (29,8)	1498 (70,2)			
Idade - média±dp		79,61 ± 8,04	80,84 ± 7,72			<0,001
Índice Charlson - média±dp		6,28 ± 2,13	6,43 ± 1,97			0,014
Índice CIRS-G - média±dp		13,30 ± 5,04	15,89 ± 5,04			<0,001
Nº comorbilidades - média±dp		5,84 ± 2,95	7,01 ± 2,94			0,002
Nº fármacos tomados diariamente - média±dp		6,53 ± 3,58	8,46 ± 3,77			<0,001
Nº vindas ao SU – mediana (AIQ)		0 (2)	1 (2)			0,029
Nº diagnósticos do internamento – média±dp		2,92 ± 1,87	4,57 ± 2,19			<0,001
Demora média – mediana (AIQ)		10 (8)	12 (11)			<0,001
Local de residência	Domicílio	568 32,6%	1177 67,4%	0,80	2,484	<0,001
	ERPI	61 16,3%	314 83,7%			
Protelamento alta motivos sociais	Não	493 32,3%	1032 67,7%	0,91	1,464	0,007
	Sim	77 24,6%	236 75,4%			
Resultado do internamento	Alta	568 31,1%	1261 68,9%	0,88	1,628	0,001
	Óbito	65 21,7%	235 78,3%			

Tabela 15 - Variáveis com associação estatisticamente significativa com o perfil D. N=2133

DISCUSSÃO

Em concordância com os resultados de Temido et al.³, também neste estudo a população de doentes internados num serviço de Medicina Interna foi idosa ou muito idosa (média de idades 80,98 anos) com uma desproporção entre doentes com menos de 65 anos e doentes com idade igual ou superior a 65 anos (532 versus 2309 doentes).

No global, a maioria doentes eram totalmente autónomos nas AVD's, com um estado "razoável" na escala de fragilidade, residiam no domicílio (81,8%) e utilizavam poucos recursos hospitalares (mediana de 1 consulta, 1 vinda ao SU e 0 internamentos). Apesar deste estado de funcionalidade e saúde aparente, os idosos internados sofriam de multimorbilidade (média de 6 comorbilidades) e polifarmácia (média de 7 fármacos tomados diariamente). Em conjunto, estes dados vão de encontro ao conceito da OMS⁴ de que envelhecimento saudável não implica necessariamente ausência de doença desde que a gestão da mesma optimize o estado funcional do indivíduo.

O diagnóstico principal do internamento foi maioritariamente do foro infeccioso, cardiovascular e cerebro-vascular, com destaque para os diagnósticos de pneumonia, traqueobronquite aguda, cistite, fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida, insuficiência cardíaca descompensada e AVC isquémico, o que valida a conceptualização dos perfis clínicos apresentada na metodologia. A iatrogenia, foi responsável por 34 internamentos, talvez aquém do esperado para uma população polimedicada.

De acordo com a pontuação média no índice de Charlson (6 pontos), a probabilidade de sobrevivência a 10 anos dos doentes da amostra foi de 2%. Apenas o seguimento desta coorte durante 10 anos permitiria confirmar esta previsão, mas dos 2133 doentes idosos internados, quase metade (44,3%) faleceram no internamento ou no ano seguinte ao internamento. Os óbitos no internamento foram principalmente por causa infecciosa (particularmente respiratória) doença cerebro-vascular (AVC isquémico) e doença crónica agudizada com destaque para a insuficiência cardíaca.

O protelamento de alta por motivos sociais ocorreu em 313 doentes (14,7%), principalmente em doentes do perfil A e D, pelo que apoio social nestes 2 perfis deve ser tido em atenção desde o primeiro dia de internamento. Verificaram-se 675 re-internamentos no período de 1 ano após o internamento inicial (mediana de 1 internamento). Os re-internamentos que ocorreram por motivos semelhantes ao internamento original foram principalmente por doença infecciosa respiratória ou doença crónica (particularmente insuficiência cardíaca descompensada), nestes doentes a prevenção da recorrência será primordial.

PERFIS CLÍNICOS E CUIDADOS PROPOSTOS

Perfil A – “o doente totalmente dependente para as actividades de vida diária básicas, cronicamente acamado”

A este perfil pertenceram maioritariamente mulheres (60,8%), com uma média de idade de 83,23 (superior aos restantes perfis) e com dependência grave ou total para as AVD's (característica definidora do perfil). Embora a maioria residisse no domicílio (55,6% vs 44% residentes em ERPI), ser residente em lar foi factor de risco para pertencer ao perfil A (RR 3,57; $p < 0,001$). A carga de comorbilidades medida pelo CIRS-G neste perfil foi a mais elevada de todos os perfis mas o consumo de recursos hospitalares (consultas, vindas ao SU, internamentos) foi o mais baixo de todos os perfis. Coloca-se a questão se o baixo recurso ao hospital se deve à gestão da doença pela equipa clínica do lar ou ao sub-diagnóstico e sub-tratamento nesta população muito idosa e muito frágil.

Quanto às comorbilidades específicas, a dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade foram menos prevalentes neste perfil em comparação com os restantes, talvez em resultado de uma sarcopenia prolongada; e pelo contrário o síndrome depressivo (30,8%), as úlceras de pressão (60%), a fratura da extremidade proximal do fémur (23,2%) e o síndrome demencial (58,4%) foram mais prevalentes neste perfil que nos restantes.

Este perfil ocorreu frequentemente associado ao perfil D (86,8% dos casos), sendo o diagnóstico mais frequente a pneumonia de aspiração (17,2%).

Foram os doentes do perfil A (os mais frágeis e dependentes nas AVD's) os que mais faleceram no internamento (35,6%, RR 3,33, $p < 0,001$) e após o internamento (38,8%, RR 2,5, $p < 0,001$). Tendo este conhecimento, fragilidade e dependência para as AVD's deveriam ser sistematicamente avaliadas à admissão no serviço para gestão de expectativas familiares e melhor prestação de cuidados aos doentes, nomeadamente com um forte investimento em cuidados paliativos.

Na Figura 2 Figura 2 são propostos os parâmetros a ser tidos em conta na avaliação de um doente pertencente ao perfil A, para além dos cuidados médicos habituais. Esta avaliação deve ser feita precocemente para uma identificação atempada de problemas passíveis de intervenção no decorrer do internamento, evitando protelamentos de alta.

Avaliação de fragilidade à admissão

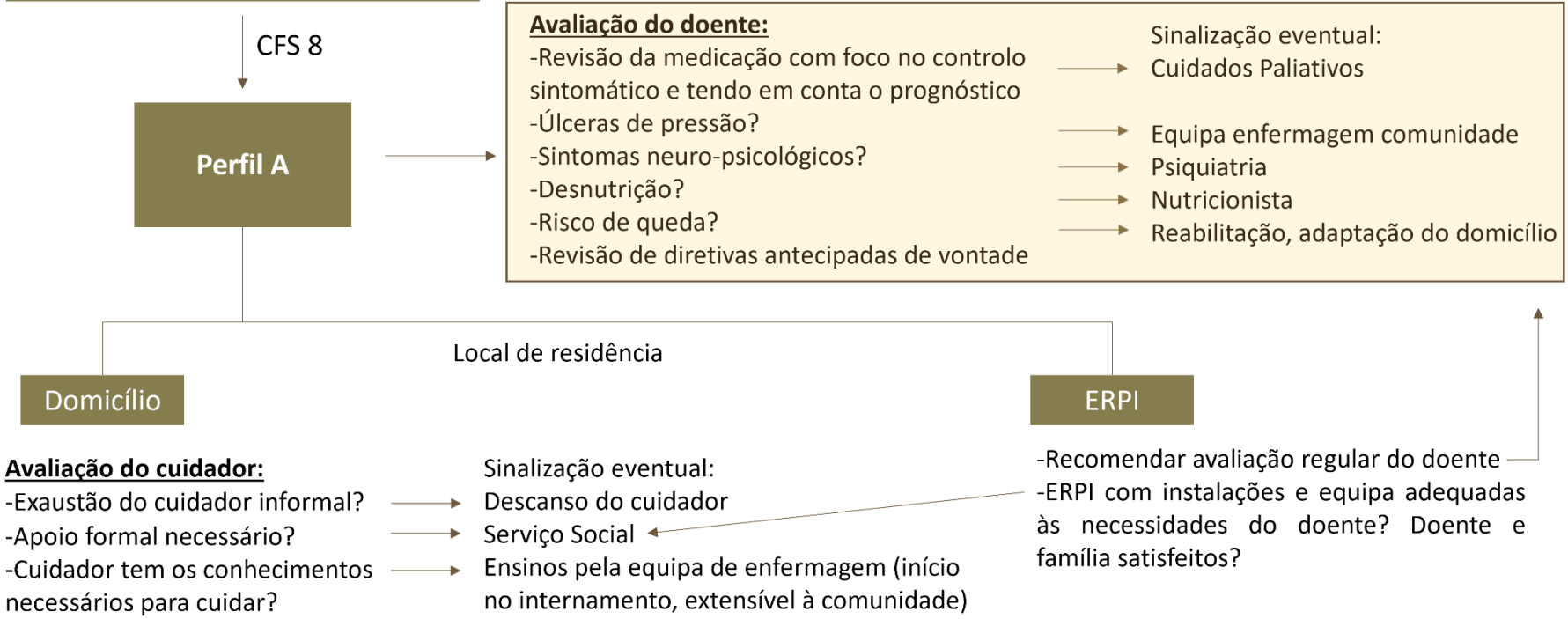


Figura 2 – Proposta de avaliação e cuidado dos doentes pertencentes ao perfil A. CSF – Clinical Frailty Scale

Perfil B – “o doente com patologia crónica, internado por exacerbação”

Os doentes do perfil B foram os doentes com maior número de comorbilidades (7,67 em média) e maior número de fármacos tomados diariamente, no entanto a maioria tinha um estado de fragilidade “razoável” (31,2%) e independência total para as AVD’s (43,5%).

As comorbilidades mais frequentes neste perfil foram as doenças crónicas e fatores de risco associados: hipertensão arterial (88%), dislipidemia (64,1%), obesidade (21,7%), fibrilhação auricular (52,9%), doença pulmonar (14,9%), DPOC (19,7%), cardiopatia valvular (20,4%), doença renal crónica (ligeira 30,9%; moderada a grave 4,1%), anemia (52,4%), insuficiência cardíaca (76,8%) e diabetes mellitus (42,6%). A insuficiência cardíaca apresentou-se como o “gigante” deste grupo, não sendo portanto de estranhar que o diagnóstico principal mais frequente deste perfil tenha sido a insuficiência cardíaca descompensada. A mediana de diagnósticos do internamento foi a mais elevada de todos os perfis, estando este perfil frequentemente associado ao perfil D (67,6%), o que permite inferir que a causa infecciosa foi frequentemente o motivo de exacerbação.

Como grupo dos doentes crónicos, este perfil foi o que consumiu mais recursos hospitalares no ano precedentes e teve uma associação com re-internamento (RR 1,35; $p < 0,001$), sendo 37,7% dos doentes re-internados no ano seguinte. Neste grupo o óbito no ano seguinte também foi elevado (35,1%, RR 1,27, $p < 0,001$).

Os doentes deste perfil precisam de um acompanhamento regular pós-alta para prevenir re-internamentos. O internamento deve ser encarado como uma oportunidade para otimizar terapêutica modificadora de prognóstico (se existir) e avaliar minuciosamente os motivos de descompensação intervindo sobre estes. O ensino sobre a doença e sinais precoces de descompensação deve ser um dos pilares do tratamento, bem como a integração num programa de reabilitação que previna o declínio funcional.

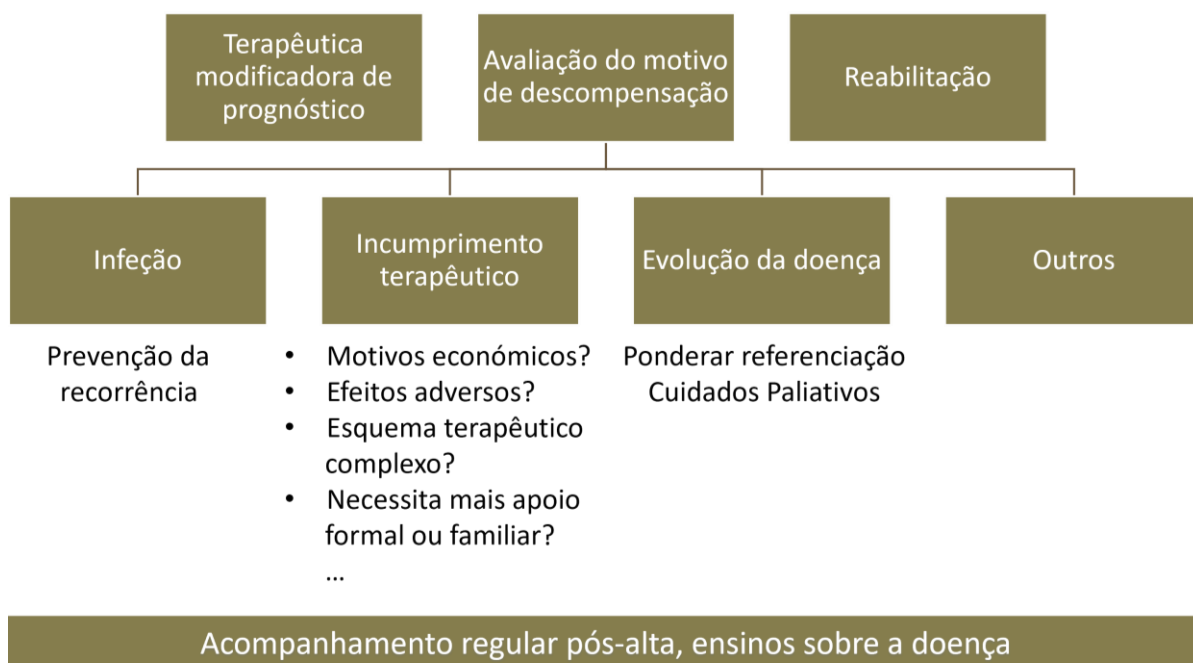


Figura 3 – Proposta de avaliação e cuidados do doente pertencente ao perfil B

Perfil C – “o doente com um diagnóstico de novo que traz implicações major para o futuro”

Os diagnósticos definidores deste perfil foram o AVC isquémico, as neoplasias, o enfarte do miocárdio e o tromboembolismo pulmonar.

Os doentes deste perfil tinham em média 80 anos (o perfil com menor média de idade), viviam no domicílio, eram independentes nas AVD’s e com um estado de fragilidade “razoável”. Dos perfis analisados, foram os doentes com menos comorbilidades e portanto com um índice CIRS-G mais baixo. Pelo contrário, o índice de Charlson foi o mais alto de todos os perfis, o que se percebe pelo facto de ser um perfil de diagnósticos com grandes implicações prognósticas. As doenças crónicas como fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, anemia e doença pulmonar (DPOC e não DPOC) foram menos frequentes neste grupo de doentes que nos restantes.

Estamos a falar de um grupo de doentes em que houve uma mudança total de paradigma (quer em termos de autonomia quer em termos de prognóstico) num muito curto espaço de tempo, o que implica adaptações não só de habitação e apoio

familiar/institucional mas também um processo psicológico de adaptação. Talvez por estes motivos, este foi o grupo com maior percentagem de protelamento de alta por motivos sociais. A avaliação social deve ser realizada o mais precocemente possível, a par dos restantes cuidados.

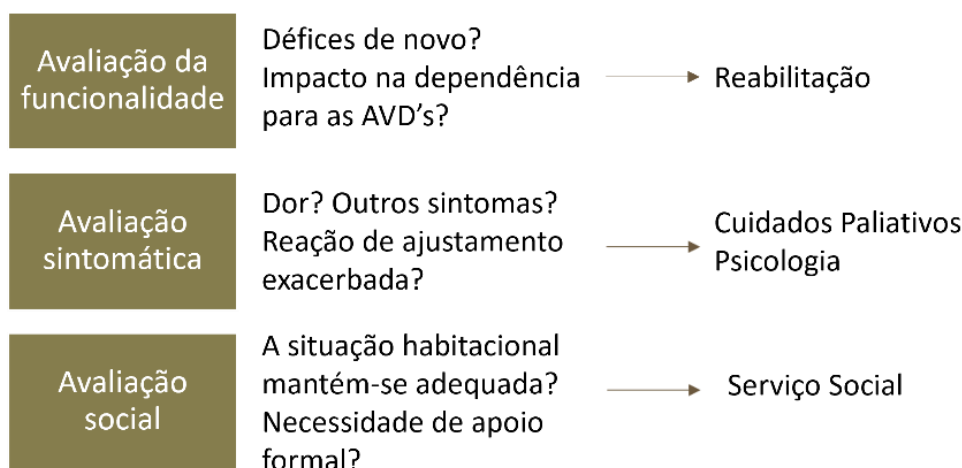


Figura 4 – Proposta de atuação para doentes do perfil C, para além dos cuidados médicos habituais

Perfil D – “o doente com uma intercorrência isolada”

Os doentes deste perfil parecem pertencer aos extremos do espectro de dependência e fragilidade: predominam os doentes com um índice de Katz de 6 ou 0 e os doentes com uma pontuação na *Clinical Frailty Scale* de 3 ou 6 e 7. Este perfil teve uma associação forte ao perfil B (43% dos doentes pertenceram a ambos), mas foi também o que teve maior associação quer ao perfil A quer ao perfil C. Apesar de os diagnósticos definidores deste perfil incluírem infeções, iatrogenia, quedas, etc, houve um claro destaque dos diagnósticos infecciosos, com predomínio da infeção respiratória e do trato urinário. Talvez o perfil D não possa ser considerado um perfil por si só, uma vez que não tem características definidoras, mas sim um perfil acessório dos restantes perfis.

A elevada prevalência e recorrência de infeção respiratória e do trato urinário nesta população é uma preocupação. De facto já estudos anteriores de maior dimensão e robustez mostraram que a infeção respiratória é uma das principais causa de morbilidade e mortalidade globalmente¹².

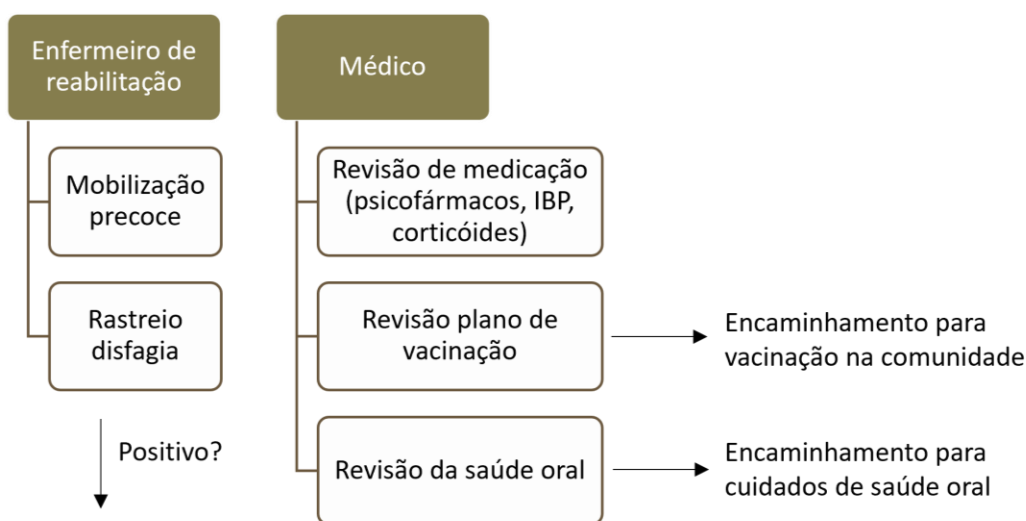
Os doentes idosos têm maior risco de desenvolvimento de pneumonia por fatores inerentes ao envelhecimento fisiológico: a diminuição da *clearance* muco-ciliar e do reflexo da tosse, a imunosenescência e alterações anatómicas que favorecem a disfagia e consequente aspiração¹². A doença neurológica e doença pulmonar¹³ são altamente prevalente nesta população e são fatores de risco conhecido para o desenvolvimento de pneumonia. Alguns medicamentos estão também associados ao aumento de risco de pneumonia¹²: psicofármacos¹³ (por diminuição do estado de consciência e aumento do risco de aspiração), corticóides inalados ou sistémicos¹⁴ (pela imunossupressão) e inibidores da bomba de prótons (porque a supressão da acidez gástrica promove a colonização bacteriana)¹⁵. A equipa de enfermagem de reabilitação, fisioterapeutas e terapeutas da fala podem ter um papel vital na prevenção da pneumonia ao fazer o rastreio de disfagia, ensino de medidas preventivas de aspiração de conteúdo alimentar, reforço muscular e mobilização precoce¹⁶. Todos os doentes internados deveriam ser avaliados por estes profissionais, uma vez que é sabido que os idosos têm uma prevalência elevada de “aspirações silenciosas”¹⁷. O médico deve ter em atenção uma revisão cuidada da medicação em doentes internados por pneumonia. Os doentes residentes em ERPI são particularmente suscetíveis ao desenvolvimento de todos os tipos de pneumonia, pelo que nestes doentes seria importante uma revisão periódica dos fatores de risco.

Outro elemento frequentemente esquecido nesta população é a importância da vacinação. Apesar de a vacinação anti-pneumocócica e a vacina da gripe sazonal serem recomendadas para todos os idosos¹⁸ e terem eficácia comprovada¹⁹⁻²², são frequentemente esquecidas.

Na população do presente estudo, a recorrência de pneumonia a 1 ano foi frequente, em linha com o que já tinha sido apontado por outros autores²². Tal poderá ser explicado pela ausência de uma revisão sistemática de fatores de risco potencialmente modificáveis no decorrer de um internamento por pneumonia. A elevada mortalidade por pneumonia em doentes frágeis, que também se verificou neste estudo, levou outros autores a sugerir que a presença de pneumonia recorrente poderá ser um indicador de fase terminal da vida em doentes frágeis²³.

Medidas de prevenção da pneumonia
<ul style="list-style-type: none"> -Higiene oral; -Posicionamento correto durante a alimentação; -Revisão da medicação; -Fisioterapia: reforço muscular e promoção da tosse eficaz; -Apoio nutricional para adaptação da dieta em caso de disfagia; -Mobilização precoce no internamento; -Depiste de disfagia; -Vacinação.

Figura 5- Medidas de prevenção da pneumonia



Apoio avançado para planeamento de cuidados:

Fisioterapia e terapia da fala
 Nutricionista
 ORL/gastroenterologia

Figura 6 – Algoritmo de actuação proposto para um doente com pneumonia, para além dos cuidados médicos habituais

As infeções do trato urinário nesta população apesar de serem uma causa frequente de re-internamento, não foram tão frequentes como as infeções respiratórias, nem foram responsáveis por tantos óbitos no internamento. Os principais fatores de risco para infeção do trato urinário na mulher idosa são: história prévia de infeção do trato urinário, incontinência urinária, cistocelo, diabetes mellitus e atividade sexual.²⁴ No homem idoso, a hiperplasia benigna da próstata é a principal implicada. Doenças como a doença cerebro-vascular, a doença de Parkinson e a síndrome demencial, são frequentes nesta população e levam a alterações do esvaziamento vesical com conseqüente necessidade frequente de algaliação e aumento do risco de infeção do

trato urinário. A manutenção da mobilidade dos idosos parece ser uma forma de prevenir este tipo de infeções²⁵.

Medidas de prevenção da Infeção do trato urinário
-Diagnóstico e tratamento (se possível) da incontinência urinária na mulher;
-Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata no homem;
-Manutenção da mobilidade;
-Evitar a algaliação sempre que possível.

Figura 7- Medidas de prevenção da infeção do tracto urinário

Perfil A	Perfil B	Perfil C
-CFS 8 -Dependência grave ou total para as AVD's -Mulheres -Residentes em ERPI -CIRS-G muito elevado -Comorbilidades associadas: s. depressivo, s. demencial, úlceras de pressão, fractura fémur -Diagnóstico mais frequente: pneumonia de aspiração -Pouco consumo de recursos hospitalares -Óbitos no internamento e no ano seguinte	-CFS 3 -Independência total para as AVD's -Nº comorbilidades, nº fármacos e CIRS-G elevados -Comorbilidades associadas: doença crónica e fatores de risco com destaque para a insuficiência cardíaca -Diagnóstico mais frequente: insuficiência cardíaca descompensada -Associação com re-internamento e óbito no ano seguinte	-CFS 3 -Independência total para as AVD's -Nº comorbilidades, nº fármacos e CIRS-G baixo -Diagnóstico mais frequente: AVC isquémico -Associação com protelamento de alta por motivos sociais -Mau prognóstico a longo prazo (índice Charlson elevado)
Perfil D		
Predomínio de infeção respiratória e do tracto urinário		

Tabela 16 – Resumo das principais características de cada perfil clínico

PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

A amostra de grandes dimensões e desenho longitudinal são alguns dos pontos fortes deste estudo. A divisão de doentes em perfis clínicos reconhece a heterogeneidade do grupo de idosos, que requerem intervenções personalizadas, sendo que este trabalho não faz apenas a conceptualização dos perfis e a sua caracterização, mas propõe cuidados concretos para cada perfil. Claro que a divisão de doentes em perfis clínicos é

artificial e a maioria dos doentes pertence não apenas a um, mas a vários perfis clínicos (Figura 8). Apesar de possível a divisão de doentes em perfis clínicos, não deve ser esquecida a individualidade de cada doente no que toca às suas necessidades de cuidado específicas. Os perfis podem ser uma ajuda para relembrar o que cada tipologia de doentes necessita.

O enquadramento nos objetivos para a década da OMS é outro dos pontos fortes do trabalho, mas como a própria instituição refere, trabalhos deste tipo são dependentes da realidade do centro onde são realizados e podem não ser replicáveis noutras situações. Assim, é necessária a replicação deste estudo noutros cenários e centros clínicos para confirmação dos resultados, validação dos perfis clínicos e aprimoramento dos cuidados propostos.

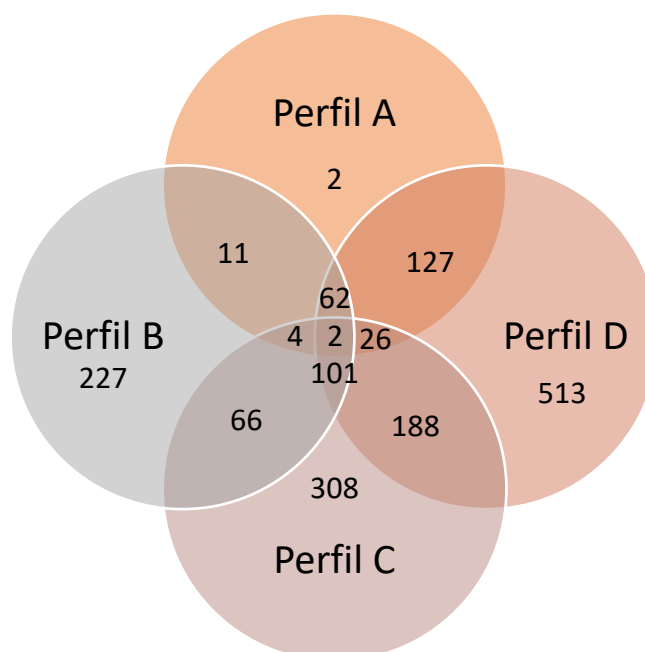


Figura 8 – Diagrama de Venn com a interposição dos perfis. Os números apresentados correspondem a número de doente. Não está representada a co-ocorrência do perfil A+C (16 doentes) nem B+D (479 doentes). N= 2133

CONCLUSÃO

A melhoria das condições sociais e os avanços da medicina permitiram o aumento da esperança média de vida a que se tem assistido nas últimas décadas. A população idosa está em crescimento em todo o mundo o que, a par de uma redução da natalidade e da população em idade ativa, acarreta grandes implicações económicas e sociais. Mas para além da questão económica e social, sabemos que em Portugal se envelhece mal, sendo os anos de vida com saúde muito inferiores à média europeia. Por estes motivos, a OMS definiu o envelhecimento saudável como o objetivo da década 2021-2030.

Os sistemas de saúde não podem ficar alheios a esta alteração socio-demográfica, e como tal têm que se adaptar e compreender que nos dias de hoje os principais consumidores de cuidados de saúde são os idosos. Como tal as respostas quer a nível comunitário quer a nível hospitalar têm que ser adequadas a este novo paradigma. O principal desafio do cuidado ao doente idoso é a heterogeneidade deste grupo etário, que é algo que não vemos nos restantes: um idoso de 70 anos pode ser saudável, autónomo nas AVD's, cognitiva e fisicamente ativo; e outro idoso com a mesma idade pode ter várias comorbilidades, estar acamado e institucionalizado, já sem vida de relação. Todo este espectro que envolve não apenas o binómio saúde/doença mas também aspetos como a fragilidade, funcionalidades, resiliência, reserva fisiológica, etc. torna essencial o cuidado multidimensional e multidisciplinar. Acresce a tudo isto a exclusão frequente do grupo de idosos mais frágeis dos ensaios clínicos, pelo que ainda muita evidência científica nos falta para que possamos cuidar destes doentes com qualidade.

A ideia de agrupar ou estratificar doentes não é nova, sendo já aplicada em contextos como a insuficiência cardíaca aguda. Embora este agrupamento seja por vezes artificial, ele ajuda-nos a pensar no que devemos oferecer ao nosso doente com determinadas características, embora seja importante nunca esquecer a individualidade de cada idoso.

O presente trabalho mostra que é possível agrupar os doentes idosos internados num serviço de Medicina Interna em 4 grupos, cada um com características definidoras e cuidados diferentes, para além dos cuidados médicos habituais.

Conforme foi demonstrado, os doentes do perfil A (“frágeis, dependentes nas AVD’s, cronicamente acamados”) foram mais idosos, frequentemente institucionalizados, consumiram poucos recursos hospitalares, mas faleceram mais quer no internamento quer no ano seguinte ao internamento. Este grupo demonstrou como o cuidado da doença *per se* não pode ser dissociado de uma avaliação de funcionalidade e fragilidade. Face ao prognóstico, o foco do cuidado deve ser na qualidade de vida e controlo sintomático, com recurso a equipas especializadas em cuidados paliativos sempre que necessário.

Quando ao perfil B (“doente crónicos internados por exacerbação da doença de base”), tratou-se de um grupo de doentes com mais comorbilidade e maior consumo de recursos hospitalares, mas que apesar de tudo mantinha alguma funcionalidade. Assim o enfoque deve ser na manutenção da funcionalidade e na prevenção da recorrência, uma vez que falamos de doentes com elevada percentagem de re-internamento no ano seguinte.

O perfil C (“diagnóstico de novo com implicações major para o futuro”) foi um perfil de doentes mais novos e com menos comorbilidade, mas para os quais houve uma mudança de paradigma a nível funcional ou de prognóstico, o que requer um processo de adaptação. Foram portanto os doentes com maior percentagem de protelamento de alta, pelo que desde o primeiro dia de internamento devem ser pensadas as soluções de apoio no pós-alta.

O perfil D (“doentes com intercorrências isoladas”) pareceu ser transversal a todos os restantes perfis: a infeção foi o principal motivo de internamento dos doentes do perfil A, o principal motivo de exacerbação dos doentes do perfil B e a principal intercorrência dos doentes do perfil C. Destacaram-se as infeções respiratórias e do trato urinário que são muitas vezes recorrentes e responsáveis por re-internamentos e eventualmente óbito. A revisão da literatura mostrou que existem medidas preventivas da recorrência,

mas que muitas vezes são esquecidas. A intervenção multidisciplinar e articulação hospital-cuidados comunitários é essencial para corrigir fatores de risco.

Como estudo que propõe soluções para adaptar os cuidados hospitalares às características de cada grupo de doentes, insere-se nos objetivos da OMS para a década. Mais estudos serão necessários para verificar se noutras hospitais os mesmos perfis existem (e com as mesmas características) e se os cuidados propostos são de facto os mais adequados.

BIBLIOGRAFIA

1. United Nations. World Population Ageing 2019. (2019).
2. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 2019. (2020).
3. Serviço de Medicina Interna - Pólo HUC, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal & Temido, H. Internamento em Medicina Interna: Evolução em 20 Anos num Hospital Universitário. *Med. Interna* **25**, (2018).
4. World Health Organization. Decade of healthy ageing - baseline report. (2020).
5. Integrated care models: an overview. 42.
6. Baxter, S. *et al.* Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review. *Health Serv. Deliv. Res.* **6**, 1–132 (2018).
7. Pinto, M. P., Martins, S., Mesquita, E. & Fernandes, L. European Portuguese Version of the Clinical Frailty Scale: Translation, Cultural Adaptation and Validation Study. *Acta Médica Port.* **34**, (2021).
8. Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* **185**, 914–919 (1963).
9. Brito, M. L. da S. A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. (2000).
10. Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L. & MacKenzie, C. R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J. Chronic Dis.* **40**, 373–383 (1987).
11. Miller, M. D. & Towers, A. A manual of guidelines for scoring the cumulative illness rating scale for geriatrics (CIRS-G). (1991).
12. Chebib, N. *et al.* Pneumonia prevention in the elderly patients: the other sides. *Ageing Clin. Exp. Res.* **33**, 1091–1100 (2021).
13. Ishifuji, T. *et al.* Recurrent pneumonia among Japanese adults: disease burden and risk factors. *BMC Pulm. Med.* **17**, 12 (2017).
14. Eurich, D. T., Lee, C., Marrie, T. J. & Majumdar, S. R. Inhaled corticosteroids and risk of recurrent pneumonia: a population-based, nested case-control study. *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.* **57**, 1138–1144 (2013).
15. Eurich, D. T., Sadowski, C. A., Simpson, S. H., Marrie, T. J. & Majumdar, S. R. Recurrent community-acquired pneumonia in patients starting acid-suppressing drugs. *Am. J. Med.* **123**, 47–53 (2010).
16. Stolbrink, M. *et al.* The Early Mobility Bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of hospital-acquired pneumonia and length of hospital stay. *J. Hosp. Infect.* **88**, 34–39 (2014).
17. Løkke, A., Dongo, L. C., Aksglæde, K. B. & Hilberg, O. Asymptomatic dysphagia causing recurrent aspiration pneumonia. *BMJ Case Rep.* **2018**, bcr-2018-224370 (2018).
18. Weinberger, B. Vaccines for the elderly: current use and future challenges. *Immun. Ageing A* **15**, 3 (2018).
19. Troeger, C. *et al.* Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory tract infections in 195 countries: a

systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Infect. Dis.* **17**, 1133–1161 (2017).

20. Demicheli, V. *et al.* Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst. Rev.* **2**, CD004876 (2018).
21. Moberley, S., Holden, J., Tatham, D. P. & Andrews, R. M. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* CD000422 (2013) doi:10.1002/14651858.CD000422.pub3.
22. Dang, T. T., Eurich, D. T., Weir, D. L., Marrie, T. J. & Majumdar, S. R. Rates and risk factors for recurrent pneumonia in patients hospitalized with community-acquired pneumonia: population-based prospective cohort study with 5 years of follow-up. *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.* **59**, 74–80 (2014).
23. Ma, H. M., Yu, R. H. Y. & Woo, J. Recurrent hospitalisation with pneumonia is associated with higher 1-year mortality in frail older people. *Intern. Med. J.* **43**, 1210–1215 (2013).
24. Rowe, T. A. & Juthani-Mehta, M. Diagnosis and Management of Urinary Tract Infection in Older Adults. *Infect. Dis. Clin. North Am.* **28**, 75–89 (2014).
25. Rogers, M. A. *et al.* Mobility and other predictors of hospitalization for urinary tract infection: a retrospective cohort study. *BMC Geriatr.* **8**, 31 (2008).

ANEXOS

ANEXO A – VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Dados sócio-demográficos:

1. Género (0-Feminino / 1-Masculino);
2. Idade;
3. Local de residência (0-Domicílio / 1-Lar);
4. Se habitação em domicílio, com quem co-habita?
0 – cônjuge, 0a - com apoio família, 0b - com apoio dom
1 - filhos
2 - cuidador formal
3 – sozinho, 3a - com apoio família, 3b - com apoio dom
4 - vários familiares
5 - outro familiar
5. Fragilidade (medida pela *Clinical Frailty Scale*):

Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – 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**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – 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 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People 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 Severely Frail – **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 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the 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 evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty 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.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© 2009, Version 1.2, EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

6. Dependência para as atividades de vida diária básicas (Escala de Katz):

A-BANHO		D-TRANSFERÊNCIA	
1	Independente (necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, ex: costas, pés)	1	Independente (não precisa de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem entrar ou sair da cama; pode usar apoio como bengala)
0	Dependente (necessita de ajuda para lavar mais de uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho)	0	Dependente (precisa de ajuda para se deitar ou levantar da cama/cadeira; está acamado)
B-VESTIR		E-CONTINÊNCIA	
1	Independente (escolhe a roupa, veste-se; exclui atar os sapatos)	1	Independente (controlo completo micção e defecação)
0	Dependente (precisa de ajuda para se vestir)	0	Dependente (incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal)
C-UTILIZAÇÃO DA SANITA		F-ALIMENTAÇÃO	
1	Independente (não precisa de ajuda para entrar e sair do WC; usa a sanita, limpa-se e veste-se)	1	Independente (leva a comida do prato à boca sem ajuda; exclui cortar carne)
0	Dependente (usa urinol ou arrastadeira ou precisa ajuda para usar a sanita)	0	Dependente (precisa de ajuda para comer; SNG)

7. Perfil clínico:

Perfil A – o doente totalmente dependente para as actividades de vida diária básicas, cronicamente acamado;

Perfil B – o doente com patologia crónica, internado por exacerbação;

Perfil C – o doente com um diagnóstico de novo que traz implicações major para o futuro (por exemplo, diagnóstico de novo de neoplasia ou acidente vascular cerebral);

Perfil D – o doente com uma intercorrência isolada (por exemplo, uma intercorrência infecciosa ou iatrogena);

8. Número de consultas hospitalares em que foi seguido no ano precedente, qualquer especialidade;
9. Número de vindas ao Serviço de Urgência no ano precedente, sem que houvesse internamento subsequente;
10. Número internamentos no ano precedente, qualquer especialidade.

Dados do internamento atual:

11. Data de internamento;
12. Data de alta clínica;
13. Data de saída do hospital;
14. Duração do internamento (em dias);
15. Protelamento de alta por motivos sociais (0-não /1-sim);
16. Duração do internamento por motivos sociais (em dias);
17. Resultado do internamento (0-alta / 1-óbito);
18. Diagnóstico do internamento 1;
19. Diagnóstico do internamento 2;
20. Diagnóstico do internamento 3;
21. Diagnóstico do internamento 4;
22. Diagnóstico do internamento 5;
23. Diagnóstico do internamento 6;
24. Diagnóstico do internamento 7;
25. Diagnóstico do internamento 8;
26. Número de diagnósticos do internamento.

Comorbilidades e índices de prognóstico:

27. Tabagismo (0-não / 1-ex-fumador / 2-fumador ativo);
28. Álcool (0-não / 1-consumo cessado/ 2-consumo atual);

29. Hipertensão arterial (0-não / 1-sim);
30. Dislipidémia (0-não / 1-sim);
31. Obesidade (0-não / 1-sim);
32. Fibrilhação auricular (0-não / 1-sim);
33. Tromboembolismo pulmonar (0-não / 1-sim);
34. Doença pulmonar, não DPOC (0-não / 1-sim);
35. Cardiopatia valvular (0-não / 1-sim);
36. Doença da tiróide (0-não / 1-hipotireoidismo / 2-hipertireoidismo);
37. Doença renal crónica, com creatinina <3 (0-não / 1-sim);
38. Doença de Parkinson (0-não / 1-sim);
39. Síndrome depressivo (0-não / 1-sim);
40. Úlceras de pressão (0-não / 1-antes do internamento / 2- durante o internamento);
41. Anemia (0-não / 1-sim);
42. Queda (0-não / 1-sem fratura / 2- fratura fémur / 3- outra fratura);
43. Osteoartrose (0-não / 1-sim);
44. Prognóstico (medido por índice de Charlson):
 - Enfarte agudo do miocárdio (0-não / 1-sim)
 - Insuficiência cardíaca (0-não / 1-sim)
 - Doença arterial periférica (0-não / 1-sim)
 - Acidente Vascular Cerebral ou Acidente Isquémico Transitório (0-não / 1-sim)
 - Síndrome demencial (0-não / 1-sim)
 - DPOC (0-não / 1-sim)
 - Doença do tecido conjuntivo (0-não / 1-sim)
 - Úlcera péptica (0-não / 1-sim)
 - Doença hepática (0-não / 1-hepatite crónica ou cirrose sem hipertensão portal / 3-cirrose com hipertensão portal)
 - Diabetes mellitus (0-não / 1-sim, sem complicações / 2-sim, com lesão de órgão-alvo)

Hemiplegia (0-não / 2-sim)

Doença renal crónica (0-não / 2-Cr>3 ou diálise ou transplante renal)

Tumor sólido (0-não / 2-sim, localizado / 6-sim, metastizado)

Leucemia (0-não / 2-sim)

Linfoma (0-não / 2-sim)

HIV (0-não / 6-sim)

45. Carga de comorbilidade (medida pela *Cumulative Illness Rating Scale – Geriatrics (CIRS-G)*):

Cardíaco

0	Sem doença
1	EAM >5 anos ou angina ocasional
2	IC compensada com medicação, anti-anginosos diários, FA, bloqueio ramo, fármacos anti-arrítmicos
3	EAM≤5 anos, angioplastia ou CABG
4	Repercussão acentuada nas AVD's

Vascular

0	Sem doença
1	HTA controlada com dieta, colesterol >200
2	HTA medicada, sintomas de doença aterosclerótica, aneurisma aorta <4cm
3	≥2 sintomas aterosclerose (claudicação, angina, amaurose fugax, ausência pulsos pediosos)
4	Cirurgia vascular prévia, aneurisma aorta ≥4cm

Hematopoiético

0	Sem doença
1	Hb 10-12 (mulheres) / 12-14 (homens), anemia da doença crónica
2	Hb 8-10 (mulheres) / 10-12 (homens), défices ác.fólico/vit.B12/ferro, anemia por DRC; leucócitos 2000-4000
3	Hb <8 (mulheres) / <10 (homens), leucócitos <2000
4	Leucemia ou linfoma

Respiratório

0	Sem doença
1	Asma ligeira; 10-20 UMA
2	DPOC medicada; ≥2 pneumonias nos último 5 anos; 21-40 UMA
3	Repercussão nas AVD's; >40 UMA
4	OLD; necessidade de ventilação assistida; neoplasia

Oftalmologia e Otorrinolaringologia

0	Sem doença
1	Défice visual corrigido; hipoacúsia ligeira
2	Dificuldade em ler mesmo com óculos; usa aparelho auditivo; vertigem
3	Praticamente amaurótico; hipoacúsia marcada mesmo com aparelho
4	Laringectomia

Aparelho gastro-intestinal superior

0	Sem doença
1	Hérnia do hiato, pirose
2	Toma IBP diariamente; úlcera gástrica ou duodenal <5anos
3	Úlcera activa; disfagia
4	Neoplasia; úlcera perfurada; hemorragia

Aparelho gastro-intestinal inferior

0	Sem doença
1	Obstipação esporádica; hemorróidas; reparação hérnia
2	Laxantes diários; diverticulose; hérnia não reparada
3	Impactação fecal
4	Hemorragia; neoplasia; diverticulite aguda; oclusão

Fígado, pâncreas, vias biliares

0	Sem doença
1	Hepatite >5anos; colecistectomia
2	Hepatite <5anos; colelitíase; consumo regular álcool
3	Bilirrubina total>2; aumento marcado transaminases
4	Neoplasia; colecistite; pancreatite; hepatite activa

Renal

0	Sem doença
1	Nefrolitíase; pielonefrite <5anos
2	Cr 1,5-3
3	Cr>3; pielonefrite actual
4	Diálise; neoplasia

Génito-urinário

0	Sem doença
1	Incontinência esforço; histerectomia; HBP sem sintomas
2	Incontinência urgência; HBP com LUTS; status pós-RTU-V; ≥3 ITU's no último ano
3	Neoplasia prostática in situ; carcinoma colo útero; hemorragia vaginal; hematúria; urosépsis no passado
4	Retenção urinária aguda; neoplasia excepto próstata in situ

Músculo-esquelético e pele

0	Sem doença
1	Limitação ligeira nas AVD's por artrite; carcinoma pele não melanoma; infecção cutânea com necessidade AB no último ano
2	Limitação moderada nas AVD's por doença ME; melanoma localizado
3	Limitação grave AVD's por artrite; toma corticóides por artrite; fracturas de compressão vertebrais por osteoporose
4	Cadeira de rodas; deformidade articular grave; osteomielite; carcinoma ME; melanoma metastizado

Neurológico

0	Sem doença
1	Cefaleia frequente sem impacto AVD's; AIT
2	Cefaleia que requer medicação crónica; AVC sem sequelas; doença neurodegenerativa ligeira
3	AVC com sequelas ligeiras; procedimento neurocirúrgico; doença neurodegenerativa moderada
4	AVC com hemiparesia ou afasia sequelares; doença neurodegenerativa grave

Endócrino

0	Sem doença
1	Obesidade; hipotireoidismo
2	DM medicada
3	Distúrbio H-E que requer internamento; obesidade mórbida
4	DM mal controlado; complicações agudas DM; neoplasia

Psiquiatria

0	Sem doença
1	Doença psiquiátrica no passado; demência ligeira
2	Depressão major <10 anos; demência ligeira; hospitalização prévia; abuso substância >10 anos
3	Depressão major actual; vários episódios depressão major <10A; demência moderada; medicado com ansiolíticos ou anti-psicóticos diários; abuso substâncias actual
4	Hospitalização actual; demência grave

46. Número total de comorbilidades;

47. Número total de fármacos tomados diariamente;

Pós-alta:

1. Óbito após a alta? (0-não / 1-sim);
2. Data de óbito (se aplicável);
3. Re-internamento até 1 ano após internamento original (0-não / 1-sim);
4. Data re-internamento (se aplicável);
5. Motivo de re-internamento (0-motivo diferente do internamento original / 1-motivo semelhante ao internamento original);
6. Nº re-internamentos no ano seguinte;

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL GARCIA DE ORTA



PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Hospital Garcia de Orta EPE Centro de Investigação Hospital Garcia de Orta

Título: Estudo intitulado "Perfis e necessidades dos doentes idosos internados num serviço de medicina interna".

Investigador Principal: Dra Joana Correia de Oliveira Lopes

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade maioria em reunião do dia 02/11/2020.

Estiveram presentes:

Nome: Dra Natália Dias (Presidente)

Nome: Dra Ana Soares

Nome: Dra Benedita Nunes

Nome: Dra Cátia Gradil

Nome: Dra Isabel Pereirinha

Nome: Dr. José Luis Metello

Nome: Dra Maria Gomes Ferreira

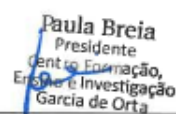
Nome: Dr. Miguel Rodrigues

Nome: En^º Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.


Dra. Natália Dias
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 05/11/2020.


Paula Breia
Presidente
Centro de Formação,
Educação e Investigação
Garcia de Orta
Dra. Paula Breia
Presidente do Centro Garcia de Orta

Almada, 10/11/2020

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Envio parecer CE_Proc. CE-162/2020_Joana Lopes



▶ Caixa de entrada x

Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>

21/01/2021, 10:48



para mim, mverissimo, mamaro, Gabinete, Pos ▼

Exma. Senhora

Dra. Joana Correia de Oliveira Lopes,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Geriatria, com o título **“Perfis e necessidade dos doentes idosos internados num serviço de Medicina Interna”**, foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 20 de janeiro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Alterações aceites. Parecer favorável com dispensa de apresentação de Consentimento Informado”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de **Coimbra** • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-354 **COIMBRA** • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

ANEXO D – OUTROS RESULTADOS ESTATÍSTICOS DETALHADOS

Causas infecciosas – n(%)	
Abcessos (1 hepático, 1 pulmonar, 1 rectal, 1 paravertebral)	4 (1,2)
Bacteriémia	2 (0,7)
Pneumonia	1 (0,3)
Cistite	13 (4,3)
Choque séptico	3 (1)
Colangite	1 (0,3)
Colite infecciosa	1 (0,3)
Gastroenterite aguda	1 (0,3)
Infecção por Vírus sincicial respiratório	3 (1)
Influenza A	10 (3,3)
Otite necrotizante com atingimento cerebral	2 (0,7)
Pneumonia adquirida na comunidade	20 (6,6)
Pneumonia associada aos cuidados de saúde	12 (4)
Pneumonia aspiração	13 (4,3)
Pneumonia nosocomial	6 (2)
Pielonefrite	10 (3,3)
Sépsis ponto partida urinário	11 (3,7)
Sépsis ponto partida respiratório	6 (2)
Sépsis ponto partida abdominal	1 (0,3)
Sépsis ponto partida cutâneo	1 (0,3)
Traqueobronquite aguda	16 (5,3)
Úlceras pressão infectadas	3 (1)
Erisipela membros	2 (0,7)
TOTAL	142 (46,9)
Causas neoplásicas – n(%)	
Neoplasia pulmão	3 (1)
Carcinoma hepato-celular	1 (0,3)
Carcinoma urotelial	1 (0,3)
Derrame pleural paraneoplásico	1 (0,3)
Linfoma	3 (1)
Lesão ocupante de espaço	3 (1)
Metastização com tumor primário oculto	2 (0,7)
Neoplasia colo-rectal	1 (0,3)
Neoplasia colo útero	1 (0,3)
Neoplasia mama	1 (0,3)
Neoplasia gástrica	3 (1)
Neoplasia pâncreas	1 (0,3)
TOTAL	21 (6,8)
Doença crónica – n(%)	
Doença hepática crónica	1 (0,3)
Doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada	1 (0,3)
Doença renal crónica agudizada	6 (2)

Fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida	5 (1,7)
Fibrose pulmonar idiopática	1 (0,3)
Insuficiência cardíaca descompensada	27 (9)
Edema agudo do pulmão	3 (1)
TOTAL	44 (14,6)
Doença cerebro-vascular e neurológica – n(%)	
AVC hemorrágico	9 (3)
AVC isquêmico	42 (14)
Estado mal não convulsivo	1 (0,3)
Estado mal convulsivo	2 (0,7)
Hematoma subdural agudo	1 (0,3)
Hematoma cerebeloso	1 (0,3)
Tetraparésia flácida em estudo	1 (0,3)
TOTAL	57 (21,5)
Doença cardio-vascular	
Enfarte agudo do miocárdio sem supra-ST	3 (1)
Enfarte agudo do miocárdio com supra-ST	2 (0,7)
Tromboembolismo pulmonar	2 (0,7)
TOTAL	7 (2,4)
Doença hematológica – n(%)	
Anemia	2 (0,7)
Pancitopenia grave em estudo	1 (0,3)
Síndrome mielodisplásico	1 (0,3)
TOTAL	4 (1,3)
Doença gastro-intestinal e hepato-biliar – n(%)	
Colecistite aguda litiásica	1 (0,3)
Colite isquêmica	2 (0,7)
Hemorragia digestiva alta	2 (0,7)
Hemorragia digestiva baixa	2 (0,7)
Hepatite aguda idiopática	1 (0,3)
Suboclusão intestinal	2 (0,7)
TOTAL	10 (3,4)
Outros – n(%)	
Choque hemorrágico	2 (0,7)
Estado terminal agônico	1 (0,3)
Desidratação	1 (0,3)
Síndrome febril indeterminado	2 (0,7)
Hiponatrémia	1 (0,3)
Isquemia aguda MI	4 (1,3)
Lesão renal aguda	3 (1)
Síndrome demencial	1 (0,3)
TOTAL	15 (4,9)

Tabela 17 - Causas de óbito no internamento (detalhado). N= 300

Doenças infecciosas	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Abcessos, várias localizações anatómicas	7	7	14
Bacteriémia	10	68	78
Candidémia	1	3	4
Candidíase			
Genital		3	3
Esofágica		4	4
Oral		10	10
Bronquiectasias infectadas	4		4
Dermo-hipodermite dos membros	17	16	33
Choque séptico			
Indiferenciado	8		8
Ponto partida respiratório	3		3
Ponto partida urinário	1		1
Sépsis			
Ponto partida abdominal	6		6
Ponto partida cutâneo	6		6
Ponto partida respiratório	10	2	12
Ponto partida urinário	32	6	38
Ponto partida desconhecido	3	4	7
Bacteriúria assintomática		12	12
Cistite			
Da comunidade	72	270	342
Nosocomial	2	21	23
Pielonefrite			
Não especificada	50	24	74
Obstrutiva	3		3
Colite infecciosa			
Não especificada	9	2	11
Pseudo-membranosa	5	19	24
A CMV	1	1	2
A campylobacter jejuni	1	1	2
A Salmonella grupo D	1	1	2
Shigelose	1	1	2
Colangite	3	2	5
Empiema	1	2	3
Derrame pleural metapneumónico		5	5
Endocardite			
Válvula nativa	1	4	5
Válvula protésica	2		2
Pneumonia			
Adquirida na comunidade	178	42	220
Associada aos cuidados de saúde	68	10	78
Nosocomial	24	52	76

De aspiração	38	64	102
Traqueobronquite aguda			
Da comunidade	92	55	147
Nosocomial	4	5	9
Infecção respiratória viral			
Não especificada	1	4	5
Influenza A	63	21	84
Virus Sincicial Respiratório	11	7	18
Sobre-infecção bacteriana		35	35
Orquiepididimite	1	2	3
Prostatite aguda	4		4
Espondilodiscite	1		1
Febre Q	1		1
Síndrome febril indeterminado	8		8
Fleimão inguinal	1		1
Gastroenterite aguda	21	8	29
Hepatite A aguda	1		1
Hepatite B		1	1
Infeção fístula arterio-venosa	2	1	3
Infeção cateter de hemodiálise	1		1
Meningite			
Bacteriana aguda	1	1	2
Meningoencefalite herpética	1		1
Otite externa maligna	2		2
Otite média aguda		3	3
Otomastoidite		1	1
Sialoadenite		1	1
Parotidite bacteriana	1	1	2
Peritonite bacteriana espontânea	2	3	5
Úlceras pressão infectadas	7	10	17
Úlceras venosas infectadas	1	4	5
Artrite séptica		2	2
Infeção ferida cirúrgica		3	3
Osteomielite		5	5
Sífilis latente		5	5
Escabiose		5	5
Tinha glabra		1	1
Herpes zoster		9	9
Herpes genital		2	2
Infeção PEG		1	1
TOTAL	795	852	1647

Tabela 18 – Diagnósticos de internamento, doenças infecciosas

Doença cardiovascular	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Cardiopatia amiloidótica	1		1
Derrame pericárdico idiopático	2	6	8
Pericardite	2		2
Emergência hipertensiva	1		1
Hipertensão arterial mal controlada		12	12
Hipertensão pulmonar		13	13
Choque cardiogénico	1	1	2
Enfarte agudo do miocárdio			
sem supra-ST	28	8	36
com supra-ST	7	2	9
tipo 2	1	32	33
Angina instável		3	3
Fibrilhação/flutter auricular			
Inaugural	5	165	170
Com resposta ventricular rápida	47	140	187
Com resposta ventricular lenta	1	10	11
Bradiarritmias	2	12	14
Taquicardia supra-ventricular		2	2
Edema Agudo do Pulmão	49	20	69
Insuficiência cardíaca			
Inaugural		48	48
Descompensada	210	320	530
Terminal	1	1	2
Síndrome cardio-renal	9	25	34
Cirrose cardíaca		2	2
Lipotímia	2	1	3
Síncope	11	4	15
Hipotensão		1	1
Hipotensão ortostática		1	1
Reação vaso-vagal	1		1
Shunt cardíaco direito-esquerdo	1		1
Foramen ovale patente		4	4
Trombose venosa			
Trombose venosa profunda	1	17	18
Tromboembolia pulmonar	63	17	80
Aneurisma aorta ascendente		1	1
Aneurisma septo interauricular		1	1
Cardiopatia valvular			
Estenose aórtica		22	22
Insuficiência aórtica		5	5
Estenose mitral		5	5
Insuficiência mitral		15	15
Insuficiência tricuspíde		10	10

Mixoma valvular		1	1
Trombo válvula aórtica		1	1
TOTAL	446	928	1374

Tabela 19 - Diagnósticos de internamento, doença cardiovascular

Doença neurológica e cerebro-vascular	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Crise convulsiva			
Inaugural	16	8	24
Em doente com epilepsia conhecida	4	1	5
Estado de mal			
não convulsivo	2		2
convulsivo	3	1	4
Epilepsia			
Indefinida	1	1	2
Vascular	8	13	21
Meningioma	1	5	6
Cavernoma		1	1
Lesão ocupante de espaço	4		4
Síndrome da sela turca vazia	1		1
Hematoma subdural agudo	1	1	2
Hemorragia intra-ventricular	1	1	2
Hemorragia sub-aracnoideia	1	3	4
Aneurisma a. Comunicante anterior		1	2
Estenose a. vertebral		5	5
Estenose a. Carótida interna		15	15
Estenose a. Cerebral média		1	1
Estenose a. Cerebral posterior		1	1
Afasia global em estudo		1	1
Acidentes isquémicos transitórios	33	2	35
AVC hemorrágico	29	2	31
AVC isquémico	307	16	323
Transformação hemorrágica		16	16
Esclerose Lateral Amiotrófica	1		1
Tetraparésia flácida em estudo	1		1
TOTAL	414	95	509

Tabela 20 - Diagnósticos de internamento, doença neurológica e cerebro-vascular

Doença renal, genito-urinária e distúrbios hidro-electrolíticos e ácido-base	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	Total
Doença renal crónica agudizada	27	252	279
Doença renal crónica terminal com indução de diálise	2	2	4
Hematúria macroscópica	3	35	38
Hematúria traumática		4	4
Lesão renal aguda			

Pré-renal ou renal	28	457	485
Pós-renal	2	4	6
Retenção urinária		45	45
Ureterohidronefrose	1	12	13
Divertículos vesicais		1	1
Enfarte renal		2	2
Desidratação	3	145	148
Hipercalemiemia	1	3	4
Hiponatremia	15	94	109
Hipernatremia		65	65
Hipocaliemia		160	160
Hipercalemiemia		138	138
Hipomagnesemia		15	15
Acidemia			
Metabólica		59	59
Respiratória		30	30
Láctica		2	2
Mista		4	4
Alcalemia			
Metabólica		6	6
TOTAL	82	1535	1617

Tabela 21 - Diagnósticos de internamento, doença renal, genito-urinária e distúrbios hidro-electrolíticos e ácido-base

Doença pleuro-pulmonar	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Asma agudizada	5	11	16
Derrame pleural, não especificado	9	120	129
DPOC agudizada	17	86	103
Doença pulmonar intersticial não especificada		5	5
Fibrose pulmonar idiopática	1	4	5
Insuficiência respiratória parcial			
Aguda		464	464
Para estudo	2		2
Insuficiência respiratória global			
Aguda		261	261
Para estudo		2	2
Lesão pulmonar suspeita para estudo	3	5	8
Pneumonite de espiração	3	3	6
Síndrome obesidade-hipoventilação	2	6	8
Atelectasia pulmonar		3	3
Hemotórax		1	1
Pneumotórax		2	2

Hemoptises		1	1
ARDS primário		2	2
Asbestose		1	1
TOTAL	42	977	1019

Tabela 22 - Diagnósticos de internamento, doença pleuro-pulmonar

Doença hematológica	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Anemias			
Não especificadas	7	13	20
Doença crónica		125	125
Défice folato		15	15
Ferropénica	18	103	121
Hemolítica auto-imune	1		1
Por défice vitamina B12	2	4	6
Perniciosa	2		2
Ocultas	2		2
Por perdas	3	45	48
Multifactorial		10	10
Défice G6PD		1	1
Choque hemorrágico	3	4	7
Doença linfoproliferativa em estudo	2		2
Linfoma difuso grandes células	3		3
Mieloma múltiplo	1	3	4
MGUS		3	3
Gamapatia monoclonal em estudo		10	10
Pancitopenia em estudo	2	3	5
Trombocitopenia em estudo		32	32
Síndrome mielodisplásico	2	2	4
Neutropenia febril		1	1
S. hemofagocítico		1	1
Défice factor VII		1	1
Hemofilia B adquirida		1	1
TOTAL	48	377	425

Tabela 23 - Diagnósticos de internamento, doença hematológica

Doenças neoplásicas	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Neoplasia colo-retal			
Cólon direito	7	2	9
Cólon esquerdo	3	1	4
Reto e ânus	2	2	4
Tumor GIST	1		1
Neoplasia gastro-esofágica			
Esófago	1		1
Gástrica	4		4

Junção esófago-gástrica	2		2
Neoplasia pulmonar			
Adenocarcinoma	1		1
Pequenas células	1		1
Não pequenas células	1		1
Não especificada	6	5	11
Carcinoma oral		1	1
Neoplasia da mama	1		1
Neoplasia do ovário	3	2	5
Carcinoma pavimento-celular da vulva	1		1
Neoplasia colo do útero	1	1	2
Neoplasia do endométrio	1		1
Neoplasia prostática	1	5	6
Carcinoma urotelial invasivo	1		1
Neoplasia bexiga		3	3
Neoplasia renal		1	1
Carcinomatose peritoneal	1	8	9
Mesotelioma maligno epitelíóide do peritoneu		1	1
Carcinoma hepato-celular	2	2	4
Colangiocarcinoma	2	1	3
Neoplasia pancreática	3	2	5
Tumor Klatskin	1		1
Hemangioblastoma do bulbo	1		1
Neoplasia SNC não especificada	6		6
Neoplasia tiroideia	1	1	2
Neoplasia com tumor primário oculto	2	10	12
Metastização			
hepática	3	15	18
mediastínica	1		1
múltipla	1	7	8
óssea		5	5
pulmonar		7	7
pleural		1	1
SNC		2	2
TOTAL	62	85	147

Tabela 24 - Diagnósticos de internamento, doenças neoplásicas

Doença endocrinológica	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Cetoacidose diabética	3		3
Estado hiperosmolar hiperglicémico	7	2	9
Diabetes mellitus inaugural	2	14	16
Hipoglicemia	4	5	9
Diabetes mellitus descompensada		78	78

Hipotiroidismo	1	11	12
Hipotiroidismo subclínico		9	9
Hipertiroidismo		1	1
Bócio mergulhante		2	2
Insuficiência supra-renal		2	2
SIADH		3	3
TOTAL	17	127	144

Tabela 25 - Diagnósticos de internamento, doença endocrinológica

Doença hepato-bilio-pancreática	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Colangite esclerosante primária	1		1
Colangite biliar primária		1	1
Colecistite aguda			
Litiásica	2	5	7
Alitiásica	3		3
Coledocolitíase		2	2
Colestase	1	19	20
Congestão hepática		3	3
Cólica biliar	4		4
Pancreatite aguda alitiásica	8	2	10
Doença hepática crónica agudizada	3	8	11
Doença hepática crónica inaugural	1	8	9
Cirrose hepática		3	3
Encefalopatia porto-sistémica	3	1	4
Hepatite aguda de etiologia indeterminada	1	1	2
Hepatite C		1	1
Hepatite por baixo débito		2	2
Síndrome Lemmel	1		1
Trombose da veia porta	1	2	3
Trombose esplénica		2	2
Ascite/Anasarca	3	17	20
TOTAL	32	77	109

Tabela 26 - Diagnósticos de internamento, doença hépato-bilio-pancreática

Doença gastro-intestinal	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Diarreia	5	4	9
Gastropatia erosiva	1	4	5
Gastrite crónica atrófica		7	7
Esofagite		3	3
Hemorragia digestiva alta	15	17	32
Hemorragia digestiva baixa	14	35	49
Úlceras gastro-doudenais	2	16	18
Angiectasias			
Gástrica		4	4

Duodeno		1	1
Delgado		3	3
Cólon		6	6
Colite isquêmica	19	4	23
Suboclusão intestinal			
Indiferenciada	5	6	11
Por bridas	2		2
S. Olgivie		3	3
Hérnias encarceradas		2	2
Diverticulose			
Esófago		2	2
Cólon		8	8
Polipose			
Gástrica		2	2
Cólon		5	5
Disfagia			
Líquidos		49	49
Total		37	37
Proctite rádica		1	1
Fecalomas		4	4
Obstipação		11	11
TOTAL	63	234	297

Tabela 27 - Diagnósticos de internamento, doença gastro-intestinal

Doença neuro-muscular e osteo-articular	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Miopatia inespecífica	1		1
Mielopatia espondilótica cervical		1	1
Estenose canal lombar com compressão radicular	1		1
Radiculopatia cervical	1		1
Fratura			
ossos próprios do nariz		1	1
clavícula	1	2	3
punho		1	1
úmero		4	4
vertebral		5	5
costelas		3	3
bacia		2	2
fémur	6	6	12
Queda			
Sem TCE	8	20	28
Com TCE	9	16	25
De repetição	1	4	5
Rabdomiólise	3	67	70

Crise de gota		23	23
Hiperuricemia assintomática		14	14
Lesões osteolíticas		2	2
Miopatia cuidados intensivos		1	1
Doença Paget		1	1
TOTAL	31	163	194

Tabela 28 - Diagnósticos de internamento, doença neuro-muscular e osteo-articular

Doença neuro-psiquiátrica	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Delirium			
Hiperactivo	9	67	76
Hipoactivo		4	4
Misto		7	7
Síndrome demencial	2	7	9
Alteração estado consciência	2	2	4
Alteração comportamental	1		1
Intoxicação medicamentosa voluntária	8	1	9
Tentativa suicídio	1		1
Patologia funcional psicogénica	1		1
Depressão major		4	4
Potomania		3	3
Surto psicótico		1	1
Catatonía		1	1
Síndrome privação benzodiazepinas		1	1
TOTAL	34	98	132

Tabela 29 - Diagnósticos de internamento, doença neuro-psiquiátrica

Iatrogenia	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Bradicardia iatrogénica	13	5	18
Hipotensão iatrogénica		1	1
Iatrogenia amiodarona		2	2
Intoxicação digitalica		3	3
Hiponatremia iatrogénica	16	15	31
Hipocaliémia iatrogénica		3	3
Diabetes mellitus secundária a corticoterapia		2	2
Hipoglicémia iatrogénica		2	2
Acidose láctica associada à metformina		2	2
Hepatite/lesão hepática			
atorvastatina	1		1
fármaco não identificado		3	2
levofloxacina		1	1
Colestase secundária a antibioterapia		1	1
Diarreia colchicina	1		1
Diarreia a laxantes	1	1	2

Intoxicação opióides	1		1
Intoxicação benzodiazepinas		1	1
Anafilaxia	1		1
Toxidermia a antibióticos		9	9
Toxidermia levetiracetam		1	1
Hemartrose iatrogénica		1	1
Hematomas iatrogénico		18	18
INR supra-terapêutico		46	46
Mielotoxicidade linezolide		1	1
Mielotoxicidade metotrexato		1	1
Pneumonite a metotrexato		1	1
Pneumotórax iatrogénico		2	2
Perfuração cólon em colonoscopia		1	1
Alergia enoxaparina		1	1
Toxicidade renal da gentamicina		1	1
TOTAL	34	125	159

Tabela 30 - Diagnósticos de internamento, iatrogenia

Motivos sociais	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Exaustão do cuidador	1	3	4
Habitação sem condições	1	5	6
ERPI ilegal sem condições		1	1
Não especificado	1	2	3
Apoio deficiente para as necessidades		4	4
Familiar recusa prestar cuidados		1	1
TOTAL	3	16	19

Tabela 31 - Diagnósticos de internamento, motivos sociais

Outros motivos	Diagnóstico principal	Diagnósticos acessórios	TOTAL
Obstrução da via aérea com corpo estranho	1	1	2
Sintomas neurológicos sem lesão associada	2	2	4
Síndrome de abstinência alcoólica	1	2	3
Etilismo agudo		1	1
Acidentes	2 (1 de viação, 1 de navegação)	2 (afogamento)	4
Adenopatias para estudo	2	1	3
Síndrome consumptivo para estudo	2		2
Massa mediastínica em estudo	1	2	3
VPPB	5	1	6
Vasculite leucocitoclástica	1		1
Parésia facial periférica	2		2
Pênfigo bolhoso	1	1	2
Síndrome maligno dos neuroléticos	1		1

Hematomas			
Membros	2	3	5
retroperitoneal	1	1	2
Psoas	1	1	2
Torácico	1		1
Isquemia aguda			
Membro inferior	9	3	12
Membro superior	1		1
Amputação			
Bypass femoro-popliteu		1	1
Úlceras			
arteriais		2	2
venosas		9	9
pressão		63	63
Estado terminal agónico	1		1
Amaurose aguda, etiologia em estudo		1	1
Caquexia			
Desnutrição		5	5
Défice B12, sem anemia		16	16
Défice folato, sem anemia		50	50
Ferropenia, sem anemia		14	14
Hipotermia		4	4
Incumprimento terapêutico			
Prostração		6	6
Recusa alimentar		18	18
Esclerodermia		1	1
Dor não controlada		2	2
TOTAL	37	267	304

Tabela 32 - Diagnósticos de internamento, outros motivos

Doença infecciosa – n (%)	
Bacteriémia	2 (0,7)
Choque séptico	1 (0,4)
Cistite	9 (3,3)
Colite pseudo-membranosa	1 (0,4)
Colangite	2 (0,7)
Erisipela MI	1 (0,4)
Pneumonia adquirida na comunidade	31 (11,1)
Pneumonia associada aos cuidados de saúde	17 (6)
Pneumonia aspiração	13 (4,6)
Pneumonia nosocomial	7 (2,5)
Pielonefrite	6 (2,2)
Sépsis ponto partida abdominal	3 (1,1)
Sépsis ponto partida urinário	5 (1,8)
Traqueobronquite aguda	16 (5,7)

Infecção respiratória viral	5 (1,9)
TOTAL	119 (42,8)
Doença neoplásica – n (%)	
Neoplasia colo-rectal	10 (3,7)
Carcinoma hepatocelular	1 (0,4)
Carcinoma pavimento-celular vulva	1 (0,4)
Carcinomatose peritoneal	1 (0,4)
Colangiocarcinoma	1 (0,4)
Metastização múltipla, tumor primário oculto	1 (0,4)
Neoplasia esófago-gástrica	2 (0,7)
Neoplasia pâncreas	1 (0,4)
Neoplasia pulmão	2 (0,7)
Neoplasia SNC	1 (0,4)
Neoplasia primária endométrio	1 (0,4)
TOTAL	22 (8,3)
Doença crónica– n (%)	
Doença hepática crónica	2 (0,7)
Doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada	3 (1,1)
Doença renal crónica agudizada	5 (1,8)
Fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida	10 (3,6)
Insuficiência cardíaca descompensada	47 (16,7)
Edema agudo do pulmão	9 (3,2)
Síndrome cardio-renal	2 (0,7)
Asma agudizada	1 (0,4)
TOTAL	79 (28,2)
Doença cerebro-vascular e neurológica – n (%)	
Acidente isquémico transitório	4 (1,4)
AVC hemorrágico	1 (0,4)
AVC isquémico	15 (5,3)
Crise convulsiva	1 (0,4)
TOTAL	21 (7,5)
Doença cardio-vascular – n (%)	
Bradicardias	3 (1,1)
Enfarte agudo do miocárdio sem supra-ST	3 (1,1)
Enfarte agudo do miocárdio tipo 2	1 (0,4)
Tromboembolismo pulmonar	1 (0,4)
TOTAL	8 (3)
Doença hematológica – n (%)	
Anemias	3 (1,1)
Doença linfoproliferativa em estudo	1 (0,4)
Pancitopenia grave em estudo	1 (0,4)
TOTAL	5 (1,9)
Doença gastro-intestinal e hepato-biliar – n (%)	
Angiectasias delgado	1 (0,4)
Cólica biliar	1 (0,4)

Colite isquêmica	1 (0,4)
Hemorragia digestiva alta	1 (0,4)
Hemorragia digestiva baixa	4 (1,4)
Sub-oclusão intestinal	2 (0,8)
TOTAL	10 (3,8)
Outros – n (%)	
Adenopatias em estudo	3 (1,1)
Síncope	1 (0,4)
Delirium hiperactivo	1 (0,4)
Derrame pleural recidivante	1 (0,4)
Hematoma retroperitoneal	1 (0,4)
Hematúria	2 (0,7)
Hipercalcemia grave sintomática	1 (0,4)
Hiponatremia	1 (0,4)
Insuficiência respiratória parcial em estudo	2 (0,7)
Lesão pulmonar suspeita	1 (0,4)
Lesão renal aguda	2 (0,7)
Ureterohidronefrose bilateral obstrutiva	1 (0,4)
TOTAL	17 (6,4)

Tabela 33 – Motivos de internamento dos doentes re-internados por motivos semelhantes aos do internamento original, detalhado. N= 281