



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Rui Bento Félix Buzaco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM GERIATRIA

VOLUME 1

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

Outubro de 2020

Agradecimentos

A formação médica é um processo contínuo com várias etapas marcantes e formatadoras da nossa progressão enquanto médicos e pessoas. No final desta tão importante etapa, alegra-me reconhecer o valor do meu percurso até aqui, assim como olhar para o futuro e perceber que ainda há muito por onde evoluir.

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo pela preocupação com a minha formação, pela confiança no meu crescimento e pela procura contínua de oportunidades que me permitiram desenvolver mais e melhores competências.

Agradeço à Dra. Ana Sofia Duque pela partilha de conhecimentos, os momentos de discussão e o investimento com a minha formação. Agradeço também a preocupação demonstrada desde o primeiro momento, em relação às minhas conquistas profissionais, mas também pessoais.

Neste caminho com tantos momentos desafiantes, agradeço a todos os colegas de turma que também fizeram nestes anos parte do seu percurso no Mestrado em Geriatria. Ficarei para sempre grato pelos bons momentos pautados pela partilha de conhecimentos, de conquistas e de fragilidades, e por em conjunto fazerem com que me sentisse sempre parte de uma equipa.

Terminei este estágio gratificado pelo sentimento de ter aprendido com excelentes médicos cujo exemplo continuará a marcar o caminho do médico que quero ser.

Como nota final, uma palavra de agradecimento à minha família e amigos, pelo apoio constante, motivação enérgica e pela compreensão por tantos momentos de ausência. Agradeço em especial à minha esposa e filha pelo amor, alegria, inspiração e por, em suma, tornarem a minha vida cada vez melhor.

Acrónimos e Siglas

AVDB	Atividades de Vida Diária Básicas
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AGG	Avaliação Geriátrica Global
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CHLO	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ECD	Exames Complementares de Diagnóstico
EuGMS	<i>European Geriatric Medicine Society</i>
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
HSFX	Hospital de São Francisco Xavier
MGF	Medicina Geral e Familiar
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
MPI	Medicamentos Potencialmente Inapropriados
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
USF	Unidade de Saúde Familiar
UO	Unidade de Orto geriatria

Índice

Agradecimentos.....	ii
Acrónimos e Siglas	iii
1. Dados Biográficos	2
2. Resumo.....	3
3. <i>Abstract</i>	4
4. Resumo Curricular	5
5. Estágio em Geriatria	8
5.1. Estágio em Geriatria na UO do HSFX	9
5.1.1. Objetivos do Estágio na UO do HSFX	9
5.1.2. Descrição da UO do HSFX	9
5.1.3. Internamento da UO	12
5.1.3.1. Caracterização da Atividade Clínica.....	12
5.1.3.2. Casuística	14
5.1.4. Consultoria a Doentes Internados	21
5.1.5. Consulta Externa da UO.....	22
5.1.6. Atividade Científica	25
6. Discussão final.....	28
Bibliografia	31

1. Dados Biográficos

Nome completo e nome clínico:

Rui Bento Félix Buzaco / Rui Buzaco

Número da cédula pessoal da Ordem dos Médicos:

57374

Naturalidade e data de nascimento:

São Jorge de Arroios, 09 de junho de 1983

Filiação:

Cristina Maria Simões Bento Buzaco

Noé Félix Buzaco

Estado civil:

Casado

Contactos:

Contacto telefónico: 965 869 382

Endereço eletrónico: ruibuzaco@gmail.com

2. Resumo

O relatório que apresento pretende caracterizar o meu estágio em Geriatria, realizado no âmbito da disciplina de Estágios do Mestrado em Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

Realizei este estágio na Unidade de Ortogeriatria (UO), do Serviço de Medicina Interna do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental E.P.E (CHLO), num período distribuído entre maio e outubro de 2019.

Como médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), optei por realizar o Mestrado em Geriatria para desenvolver competências numa área que considero de primordial importância. A franca expansão da população idosa impõe uma redefinição célere dos cuidados que lhe são prestados. Os crescentes avanços científicos em Geriatria permitem agora um acompanhamento médico mais dirigido e com mais ganhos em saúde, expondo, no entanto, as francas lacunas destes mesmos cuidados na realidade portuguesa. Considero assim que se trata de uma área importante e promissora, na qual há ainda muito por explorar, por conhecer e por melhorar.

Procurei adquirir nesta área uma base de conhecimentos científicos e clínicos sólidos que me permitam ser melhor médico para esta população, bem como ser parte ativa na evolução dos cuidados prestados ao idoso que necessariamente acontecerá em Portugal nos próximos anos.

Elegi o Mestrado em Geriatria da FMUC por ser tratar de um ciclo de estudos pioneiro e de reconhecida qualidade e experiência em formação geriátrica, ambas evidenciadas nas suas múltiplas edições.

Escolhi a UO do CHLO para realizar este estágio pelo reconhecido profissionalismo da sua equipa, assim como pela relação próxima com os conteúdos programáticos do Mestrado.

3. Abstract

In the following report is presented my internship in Geriatrics, integrated in the Master in Geriatrics of the Faculty of Medicine of the University of Coimbra (FMUC).

The internship was held in the Orthogeriatrics Unit (UO) from the Department of Internal Medicine of the Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental E.P.E (CHLO), between May and October of 2019.

As a General Practitioner, I choose the Master in Geriatrics to develop competences in an area which I consider of top priority. The considerable expansion of the senior population imposes a redefinition of the health care provided. The recent and increasing scientific breakthroughs can now allow a medical care more personalized and with better outcomes for the patient, exposing, nonetheless, the existing gaps of this care in the Portuguese reality. Therefore, I consider this an imperative and promising medical area, in which, there is still plenty to explore, study and improve.

During this Master, I aimed to acquire a strong scientific and clinical knowledge which can help me become a better doctor for this population, as well as to become an active part in the evolution of the medical care provided to the elderly that must happen in Portugal over the next years.

I elected the Master in Geriatrics of FMUC for its pioneer cycle of studies with recognized quality and experience in the teaching of Geriatrics, both present in its multiple previous editions.

I choose the UO to conduct this internship for its nationally recognized experienced medical team, as for its close objectives to the programmatic contents of the Master.

4. Resumo Curricular

Formação Académica e Profissional

- 1989 a 1993 Ensino Básico 1º Ciclo, Externato São Miguel Arcanjo, Lisboa.
- 1993 a 1998 Ensino Preparatório 2º Ciclo, Escola C+S Gaspar Correia, Loures.
- 1998 a 2001 Ensino 3ª Ciclo e Secundário, Escola Secundária Arco Íris, Loures.
- 2001 a 2007 Licenciatura em Bioquímica, Universidade de Évora, com a nota final de 14 valores.
- 2008 a 2010 Monitor de Ensaios Clínicos, *KeyPoint* – Consultoria Científica, Lda.
- 2010 a 2014 Mestrado Integrado em Medicina na Universidade do Algarve, Faro, com a nota final de 15 valores.

No programa curricular do Mestrado Integrado em Medicina destacam-se os seguintes estágios:

Dezembro 2012 e janeiro 2013 – Estágio em Investigação Clínica na *Imperial College, Robert Steiner MRI Unit – Hammersmith Hospital*, Londres (Reino Unido) – Execução do projeto de investigação: *Effects of body composition on Liver Fat contents: an MR Study*; Colaboração no projecto de investigação: *Pulmonary artery stiffness as an independent predictor of right ventricular function in healthy adults*.

Janeiro e fevereiro de 2014 - Estágio Observacional em Anestesiologia na *Cleveland Clinic, Cleveland* (Estados Unidos da América).

- 2014 Inscrição na Ordem dos Médicos, Seção Regional do Sul, com a cédula profissional número 57374.
- 2014 Prova Nacional de Seriação, tendo obtido a classificação de 50%, nº seriação 1486 em 1942 candidatos.

Atividade Clínica no Internato Médico

- 2015 Formação Geral do Internato Médico, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte E.P.E, com a classificação final – Apto.
- 2015 a 2019 Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures Odivelas – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Olaio entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018 e Unidade de Saúde Familiar (USF) do Mosteiro entre janeiro e dezembro de 2019 – com a nota final de 17,32 valores.

Atividade Extra-Internato Médico

- Desde 09/2019 Médico da equipa de apoio, Hospital do Mar - Cuidados Especializados, Lisboa.
- 06/2017 a 11/2019 Médico no serviço de assistência médica no domicílio *Ecco Salva - Medical Services, Lda*, Lisboa.
- 12/2017 a 12/2018 Médico no serviço de assistência médica a idosos no domicílio, *Humanbeing - Apoio Domiciliário, Lda*, Lisboa.
- 01/2016 a 11/2016 Consultor médico na *Pfizer Vaccines*, Oeiras.
- 01/2015 a 11/2018 Consultor médico na *Prime Focus – Clinical Research Studies, Lda*, Lisboa.

Atividade Científica

- Apresentação de nove sessões clínicas.
- Apresentação de oito comunicações orais em congressos:
 - Internacionais: duas como primeiro autor e quatro como coautor;
 - Nacionais: duas como primeiro autor.
- Apresentação de 15 pósteres em congressos:
 - Internacionais: cinco como coautor;
 - Nacionais: seis como primeiro autor e quatro como coautor.
- Publicação de dois artigos em revistas científicas internacionais como coautor.
- Publicação de um capítulo de livro.
- Dinamização de uma reunião de consenso e dois protocolos interespecialidades (MGF, Endocrinologia, Psiquiatria).
- Colaboração em três *advisory boards* para a indústria farmacêutica.
- Palestrante em duas ações de formação para a comunidade.
- Frequência de 17 reuniões científicas e 41 cursos de formação, nacionais e internacionais.

Atividade Organizacional

Desde outubro de 2020 – Membro da *Young Geriatricians Initiative* da Sociedade Europeia de Geriatria (EuGMS).

Desde janeiro de 2020 – Membro da EuGMS.

Desde janeiro de 2019 – Membro do Grupo de Estudos de Nutrição e Exercício Físico da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

Desde novembro de 2016 – Membro da Sociedade Portuguesa de Hipertensão.

Desde janeiro de 2016 – Membro da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

5. Estágio em Geriatria

A Geriatria moderna, conhecendo a sua génese no Reino Unido através do trabalho pioneiro da Dra. Marjorie Warren, encontra-se globalmente difundida. Tem assumido particular destaque nos cuidados aos doentes geriátricos nos Estados Unidos da América, Canadá e em diversos países europeus – destacando-se a Espanha. A sua organização difere entre os diversos países, estando definida em alguns destes como especialidade médica e noutros como sub-especialidade ou como competência, como acontece em Portugal.

A competência em Geriatria em Portugal foi criada em 2014 por orientação do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, sendo nomeada uma comissão instaladora composta pelo Prof. Doutor Gorjão Clara, Prof. Doutor Alberto Pinto Hespanhol e pelo seu Coordenador, o Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo (atual Presidente da Direção da Competência). A comissão instaladora definiu e publicou os critérios de admissão, que compreendem critérios de ordem geral, de formação teórica e de formação prática. Foram inicialmente admitidos 69 médicos de diferentes especialidades que passaram a constituir o Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos. A formação pós-graduada em Geriatria conheceu um importante desenvolvimento em Portugal com a criação do Mestrado em Geriatria da FMUC, pioneiro na criação de um ciclo de estudos a nível nacional e que se mantém como referência nesta área.

O Mestrado em Geriatria da FMUC compreende atualmente um ciclo de estudos com a duração de quatro semestres correspondentes a 120 ECTS. A disciplina de Estágios, à qual reporta o estágio apresentado neste relatório, permite o treino de competências com base no conhecimento teórico previamente adquirido no Mestrado.

5.1. Estágio em Geriatria na UO do HSFX

Realizei o estágio de Geriatria entre maio e outubro de 2019, sob a orientação do Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo, Professor Auxiliar com Agregação Convidado.

O estágio decorreu na UO do HSFX sob a co-orientação da Dra. Ana Sofia Duque, Assistente Hospitalar em Medicina Interna com competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos.

5.1.1. Objetivos do Estágio na UO do HSFX

Previamente ao início do estágio foram definidos como principais objetivos: a) a aquisição de competências na Avaliação Geriátrica Global (AGG) do doente agudo internado e em regime de ambulatório; b) priorização dos problemas de saúde do doente idoso; c) diagnóstico e tratamento de síndromes geriátricas, com especial ênfase para as quedas; d) aquisição de competências na gestão integral do doente idoso, em articulação com outros profissionais de saúde; e) treino na estabilização pré-operatória de doentes ortopédicos e prevenção ou tratamento precoce de complicações perioperatórias; f) gestão da multimorbilidade, polimedicação e prevenção de iatrogenia farmacológica e não farmacológica; g) estabelecimento de plano de intervenção multidisciplinar, personalizado, preventivo, terapêutico e compensatório, dirigido aos problemas identificados, focado na preservação da qualidade de vida e bem estar.

5.1.2. Descrição da Unidade de Ortogeriatria do HSFX

A Unidade de Ortogeriatria está localizada no Hospital de São Francisco Xavier, hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo inaugurado em 1987, nas instalações inicialmente concebidas para uma entidade particular (Clínica do Restelo). Em 2005 foi agregado com o Hospital de Egas Moniz e o Hospital de Santa Cruz, formando o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

O CHLO serve uma área de 934.723 habitantes, correspondente às freguesias de São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável do concelho de Lisboa, aos concelhos de Oeiras e Cascais, bem como Amadora e Sintra.

É o centro hospitalar de referência do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida para a prestação de cuidados de saúde referenciados. É também o hospital de referência para trauma complicado do Hospital Dr. Fernando da Fonseca.

Em relação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), o CHLO é o centro de referência do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, tanto para Consultas Externas das diferentes especialidades bem como para o Serviço de Urgência.

A UO teve a sua génese em 2016, tendo sido pioneira na região de Lisboa e Vale do Tejo, mantendo-se como referência em cuidados Geriátricos diferenciados oferecida pelo Serviço Nacional de Saúde nesta região, e uma das únicas no país. Esta Unidade surgiu do esforço conjunto dos Serviços de Medicina Interna, pelo seu Diretor Clínico, o Dr. Luís Campos, e do Serviço de Ortopedia, pelo seu Diretor, o Dr. Guimarães Consciência, com o principal objetivo de diminuir a morbimortalidade dos doentes geriátricos com fratura proximal do colo do fémur, otimizando a sua recuperação funcional, e mantendo ainda o enfoque no treino prático em Geriatria para médicos.

A maioria da atividade assistencial da UO consiste na observação e seguimento multidisciplinar dos doentes definidos em protocolo com o Serviço de Ortopedia. Estes doentes são os doentes internados neste serviço com mais de 65 anos de idade e com fratura da extremidade proximal do fémur. A UO acompanha estes doentes desde a sua admissão no Serviço de Ortopedia até à sua alta. No período após a alta, a UO mantém o seguimento destes doentes na Consulta Externa da UO. Adicionalmente, parte da atividade da UO consiste na observação de doentes em regime de consultoria, ou seja, doentes internados no Serviço de Ortopedia embora sem os critérios de inclusão definidos no protocolo supramencionado que sejam referenciados à UO.

A nível organizacional, a UO é uma das Unidades funcionais integrada no Serviço de Medicina Interna do HSF. Está, no entanto, localizada no Serviço de Ortopedia deste hospital, permitindo uma relação mais próxima com os doentes que serve, assim como com a equipa de Ortopedia.

O Serviço de Ortopedia situa-se no 3º piso do Edifício principal do HSF. É constituído por duas alas, ala Norte e ala Sul, com um total de 42 camas. Segundo os últimos dados disponíveis, de 2009 a 2014 contabilizaram-se em média mais de 1100 internamentos por ano. A ala Norte dispõe de 25 camas, das quais seis se localizam na Unidade de Cuidados Intermédios Ortopédicos. Na mesma ala existe também uma sala para realização de pensos e área de trabalho de médicos e enfermeiros. A ala Sul dispõe de 17 camas, uma sala de trabalho para médicos, onde a equipa médica da UO e Ortopedia trabalham em espaço comum, e uma área de trabalho comum a médicos e enfermeiros.

A UO é coordenada pela Dra. Ana Sofia Duque. A equipa médica atual conta ainda com a Dra. Rita Miranda (Assistente de Medicina Interna). Recebe frequentemente internos da formação especializada provenientes de todo o país, particularmente das especialidades de Medicina Interna e MGF em estágios opcionais, assim como alguns internos do ano comum. Para os internos da formação especializada do Serviço de Medicina Interna a frequência de um estágio de três meses na UO é obrigatória. Recebe também médicos em qualquer fase de carreira, como por exemplo, no âmbito da disciplina de Estágios do mestrado em Geriatria. No momento do meu estágio estiveram presentes, durante diferentes períodos, seis médicos da formação especializada, três internos do ano comum, quatro alunos do sexto ano do Mestrado Integrado em Medicina da *NOVA Medical School* e três médicos especialistas das áreas de Medicina Interna, Nefrologia e Geriatria (Inglaterra).

A UO conta com apoio multidisciplinar, trabalhando em equipa, num conceito interdisciplinar que assegura respostas integradas. Conta assim com elementos associados aos Serviço de Ortopedia e Medicina Interna, nomeadamente da equipa de enfermagem, assistentes operacionais, funcionárias administrativas, assistente social, nutricionistas, farmacêutica clínica e técnicos de fisioterapia. A destacar: a) a Enfermeira Chefe da enfermaria de Ortopedia, servindo como principal elo de ligação da equipa médica com a equipa de enfermagem, embora tenha denotado uma estreita relação da equipa médica com a equipa de enfermagem; b) a assistente social, fundamental na orientação institucional pós-alta, seja garantindo as melhores condições no domicílio ou referenciando para instituições adequadas às necessidades de cada doente, seja

articulando as condições necessárias para o cumprimento do plano de reabilitação; c) a equipa de nutricionistas, com intervenção preponderante durante o internamento e no plano pós-alta em doentes identificados pela equipa médica como sendo de risco nutricional; d) e os técnicos de fisioterapia essenciais no início precoce do plano de reabilitação motora dos doentes com fratura da extremidade proximal do fémur.

Descrevo em seguida a atividade realizada na UO. Para melhor caracterização, subdividi esta descrição nas várias atividades realizadas, nomeadamente Internamento da UO (ponto 4.3.1), Consultoria da UO (ponto 4.3.2) e Consulta Externa da UO (ponto 4.3.3).

5.1.3. Internamento da UO

5.1.3.1. Caracterização da Atividade Clínica

A atividade assistencial da UO é alicerçada na AGG, como de resto é preconizado em qualquer contexto clínico de acompanhamento de doente geriátrico. De acordo com a definição de Epstein¹, entende-se por AGG como a *“avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário – físico, mental, funcional, social e ambiental – com o objetivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades”*.

A realização da AGG a cada doente passou pela colheita de história clínica, circunstâncias da queda e situação social, através dos dados referidos pelo doente, familiares e profissionais de saúde das respetivas instituições de saúde nos doentes institucionalizados, além da consulta dos recursos eletrónicos disponíveis; a avaliação do estado funcional, através da avaliação das atividades de vida diária básicas (AVDB) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), avaliação da capacidade de marcha, estado cognitivo e do estado nutricional, pesquisa de fatores de risco de quedas e avaliação do risco de fratura osteoporótica. Nesta primeira avaliação realizei ainda o exame objetivo, avaliação de diagnósticos diferenciais, justificação de pedidos de exames complementares de diagnóstico e a sua interpretação e instituição de terapêutica.

Após a realização da AGG à entrada, realizei avaliação diária ou sempre que justificado e conforme discutido em equipa, procurando sempre sintomas e sinais de complicações frequentes em doentes com fratura da extremidade proximal do fémur, como a dor, *delirium*, obstipação, desnutrição, anemia perioperatória, desequilíbrios hidroelectrolíticos, iatrogenia farmacológica, infeções, úlceras de pressão, eventos tromboembólicos ou descompensação de doença crónica. Efetuei a observação diária de cada doente de forma sequencial e organizada em sistemas, coloquei e discuti hipóteses diagnósticas, requisitei e interpretei exames complementares de diagnóstico (ECD) e iniciei ou ajustei terapêutica sob supervisão de um médico assistente hospitalar.

Realizei o registo de toda a atividade através de realização de notas de admissão, diários clínicos, notas de transferência e notas de alta. Estas atividades foram discutidas em equipa, com a chefe de equipa, e os restantes assistentes hospitalares e internos do serviço, assim como com colegas de outras especialidades, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de fisioterapia e assistente social, sempre que os problemas identificados o requereram. No momento da alta, marquei consulta de seguimento na Consulta Externa de UO e referenciei adicionalmente para consulta de outras especialidades sempre que o caso clínico o impunha.

Particpei nas visitas médicas no internamento, em conjunto com a equipa de Ortopedia e nas reuniões clínicas semanais do Serviço de Medicina Interna.

Da minha atividade clínica neste estágio fez parte a assistência e participação em duas reuniões clínicas diárias com toda a equipa médica. A primeira pelas nove horas para discussão do plano de observação dos doentes atribuídos à UO e atribuição dos mesmos aos diferentes elementos da equipa, e a segunda às 12h30 horas, sendo discutida a evolução de cada doente, resultados de ECD, resultados de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e resposta ao plano terapêutico atual, com ajustes ao mesmo.

Fez também parte da minha atividade o contacto com os familiares dos doentes para esclarecimento e discussão da situação clínica, plano terapêutico e prognóstico. A família foi sempre integrada na informação disponível, sendo este cuidado ainda mais evidenciado nos casos de prognóstico reservado ou situação social mais precária.

5.1.3.2. Casuística

Nos meses de maio e agosto de 2019, período em que realizei atividade assistencial no internamento, verificaram-se 71 internamentos de doentes pelo protocolo, correspondentes a 69 doentes. Ocorreram portanto dois reinternamentos, definidos como internamentos num período inferior a 7 dias após a alta hospitalar, o que corresponde a uma taxa de reinternamento de 2.8%.

O tempo médio de internamento foi 14,7 dias, com um tempo mínimo de um dia e um tempo máximo de 43 dias. Considero importante destacar que 8% (n=6) dos casos tiveram o seu tempo máximo de internamento prolongado indevidamente por razões sociais, ficando vários dias em regime de internamento após a alta clínica. O tempo dos internamentos encontra-se pormenorizado na tabela 1.

Tabela 1 – Tempo em Internamento.

Tempo médio de internamento (dias)	14,7
Mínimo (dias)	1
Máximo (dias)	43
Até 7 dias (n – %)	16 – 22,5%
Entre 8 a 14 dias (n – %)	31 – 42%
Entre 15 a 21 dias (n – %)	14 – 20%
Mais que 3 semanas (n – %)	10 – 15,5%
Reinternamentos (n – %)	2 – 2,8%

A maioria destes internamentos teve origem no Serviço de Urgência (87%, n=62). Os restantes tiveram origem noutros Hospital (7%, n=5) ou noutro serviço do Hospital (6%, n=4).

No que concerne às 71 admissões, 82% (n=58) dos doentes eram do género feminino e a média de idades foi de 83,5 (68 - 97) anos.

A maioria destes doentes apresentavam múltiplas comorbilidades, sendo que as mais frequentes se encontram enumeradas na tabela 2.

Tabela 2 – Comorbilidades identificadas nos doentes internados.

ICD-10	Diagnóstico	%	n
E55	Deficiência de vitamina D	96	68
	Deficiência	48%	34
	Insuficiência	48%	34
D64	Outras anemias	91,5	65
I10	Hipertensão essencial (primária)	73,2	52
E53	Deficiência de outras vitaminas do grupo B	40,8	29
E611	Deficiência de ferro	39,4	28
E782	Hiperlipidémia mista	39,4	28
H25	Catarata senil	35,2	25
D50	Anemia por deficiência de ferro	33,8	24
D52	Anemia por deficiência de folato	31,0	22
F33	Perturbação depressiva major, recorrente	29,6	21
N18	Doença renal crónica	29,6	21
E211	Hiperparatiroidismo secundário, não renal	25,4	18
H911	Presbiacusia	25,4	18
I11	Doença cardíaca hipertensiva	25,4	18
D63	Anemia em doenças crónicas	23,9	17
E119	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo II	23,9	17
E46	Má nutrição proteico-calórica	23,9	17

A mais frequente foi a hipovitaminose D, sendo que apenas 4% dos doentes não apresentavam necessidade de correção. Penso que este número reflete o subdiagnóstico e subtratamento da hipovitaminose D na população geriátrica em ambulatório. A sua identificação e correção nesta população é de particular importância pela relação com osteoporose e fraturas, sendo ainda mais relevante no género feminino pela prevalência aumentada de osteoporose. Os diagnósticos de anemia, hipertensão, diabetes *mellitus*, doença renal crónica e desnutrição proteico calórica foram muito frequentes e são exemplos demonstrativos do número e gravidade das comorbilidades na população aqui descrita, mas também de comorbilidades onde a intervenção da equipa da UO é importante quer no internamento quer no período pós alta clínica. Destaco ainda os diagnósticos de presbiacusia e catarata senil, característicos na população geriátrica, e um dos fatores dificultadores da comunicação entre clínico e doente, tornando mais

desafiante a compreensão e cumprimento do plano terapêutico adequado aquando em domicílio. Estas e as demais deficiências sensoriais, tão prevalentes nesta população, são também um dos fatores associados a um aumento das quedas. Neste sentido, são um dos alvos de identificação para posterior correção ou minimização nos planos terapêuticos da UO.

O tempo médio de espera da cirurgia ortopédica para tratamento da fratura foi de 3,82 dias, com um tempo mínimo de zero dias e um tempo máximo de 14 dias. A avaliação do tempo de espera para correção cirúrgica da fratura do colo do fémur tem uma importância vital porque um menor tempo está reconhecidamente associado a redução da mortalidade e morbidade. Um maior tempo de espera está muitas vezes relacionado não apenas com fatores relativos à organização dos serviços, mas também com um maior peso de comorbidades e complicações num determinado doente, que o impedem de ser abordado imediatamente no bloco operatório. A correção ou estabilização destas complicações, assim como as complicações que advêm de um maior tempo de espera em imobilização – desnutrição, úlceras de pressão, trombose venosa profunda, *delirium* – são objeto de intervenção pela equipa da UO, através de medidas de prevenção, diagnóstico precoce e correção das mesmas.

Em todos os casos observados a fratura resultou de uma queda sem intervenção evidente de fatores externos ao doente, com exceção de um caso em que se tratou de atropelamento. A investigação do motivo de queda é importante dado que pode estar relacionada com a existência de patologia *de novo* ou de descompensação atual de patologia previamente conhecida. Adicionalmente, esta investigação leva também a propor medidas futuras, muitas vezes simples e com pouco impacto na rotina diária dos doentes, mas que permitem evitar ou reduzir quedas futuras. Nesta população, os motivos de queda encontrados foram desequilíbrio e síncope em 34% (n=24) e 2,8% (n=2) respetivamente, levando a um estudo etiológico de forma a excluir possíveis causas do foro cardiovascular, neurológico, metabólico ou outras. Entre os restantes doentes, 21% (n=15) e 18,3% (n=13) referiram ter escorregado ou tropeçado. Nestes últimos, o plano de cuidados passou por identificar limitações ou obstáculos à sua mobilidade que propiciem quedas no seu quotidiano. Propuseram-se alternativas como calçado mais

adequado, equipamentos de auxílio à marcha e remoção de obstáculos em casa, entre outros.

Existiram múltiplas complicações diagnosticadas em internamento. A complicação mais frequente foi a anemia (91,5%). Este diagnóstico e a sua gravidade – com a maioria dos casos (60,5%) a apresentar necessidade de correção através de unidades de concentrado eritrocitário – apesar de esperado numa população cirúrgica ortopédica, é particularmente importante face à implicação que o agravamento da anemia pode significar quer na instabilidade hemodinâmica quer na desestabilização das outras comorbilidades desta população de doentes - nomeadamente da doença cardíaca. Adicionalmente, destaco os diagnósticos de infeção nosocomial e lesão renal aguda, quer pela sua frequência quer pela sua gravidade e relação com a morbimortalidade em contexto de internamento e após a alta. As complicações diagnosticadas em internamento foram novamente avaliadas nas consultas de seguimento após a alta clínica, para confirmar a sua resolução ou manutenção do seguimento apropriado. As complicações em internamento encontram-se pormenorizadas na tabela 3.

Tabela 3 – Complicações diagnosticadas durante o internamento.

Diagnóstico	% (n)
<i>Delirium</i>	41% (n=29)
Anemia	91,5% (n=65)
Obstipação	63% (n=45)
Lesão renal aguda	49% (n=35)
Hipovolemia	44% (n=31)
Infeção nosocomial	35% (n=25)
Infeção do trato urinário	68% (n=17)
Pneumonia	20% (n=5)
Outra	12% (n=3)
Insuficiência cardíaca descompensada	17% (n=12)

As escalas aplicadas durante o internamento foram as escalas de Barthel², Lawton-Brody³, Holden⁴, *Mini Nutricional Assessment* (MNA)⁵ e Escala de Deterioração Global (GDS)⁶. Em todas as escalas, sempre que a sua aplicação ou parte do seu preenchimento se demonstrou impossível apenas com a informação recolhida com o doente, estas foram completadas com informação descrita pela família ou elementos da instituição de residência nos doentes institucionalizados.

Da aplicação da escala de Barthel aos doentes internados (gráfico 1) resultou um score médio de 75 pontos que se traduz em incapacidade moderada, tendo sido também avaliado o grau de capacidade ou de dependência para cada função. Esta escala é importante porque permite a caracterização do grau de autonomia de cada doente prévio à fratura nas AVDB.

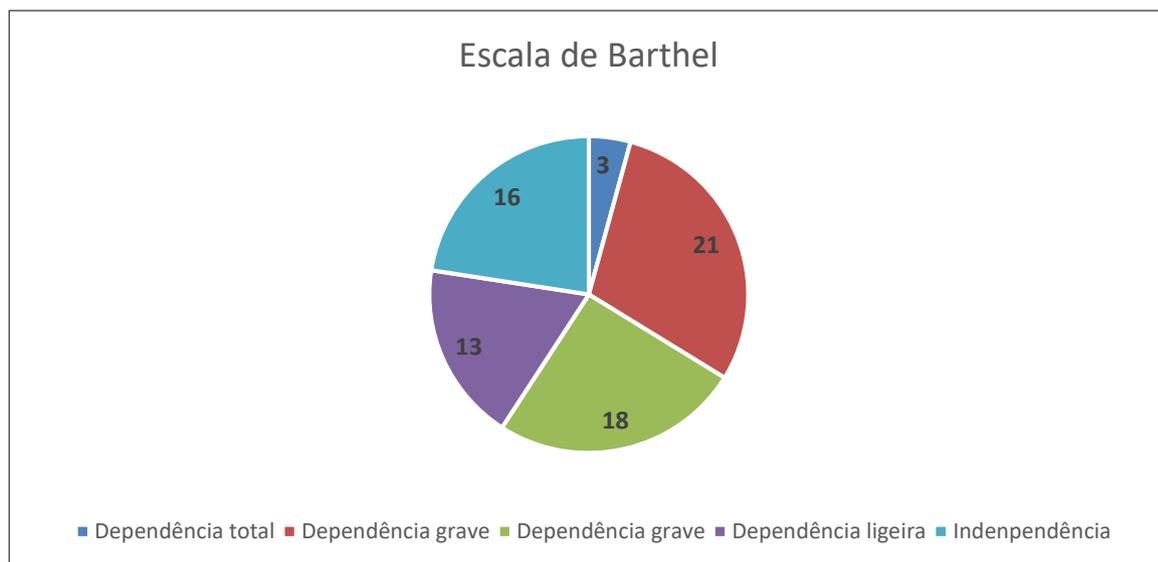


Gráfico 1 – Atividades básicas da vida diária – Escala de Barthel.

Na aplicação da escala de Lawton-Brody (gráfico 2), o score médio encontrado foi de 3,5. Esta escala permite aferir o nível de independência nas AIVD. Pela diferença das AIVD protagonizadas ou atribuídas habitualmente a homens ou mulheres – como por exemplo cozinhar ou limpar a casa, atribuídas maioritariamente ao género feminino, especialmente nesta faixa etária da população –, esta escala tem a particularidade de com uma mesma pontuação atribuir diferentes níveis independência de acordo com o sexo do doente.

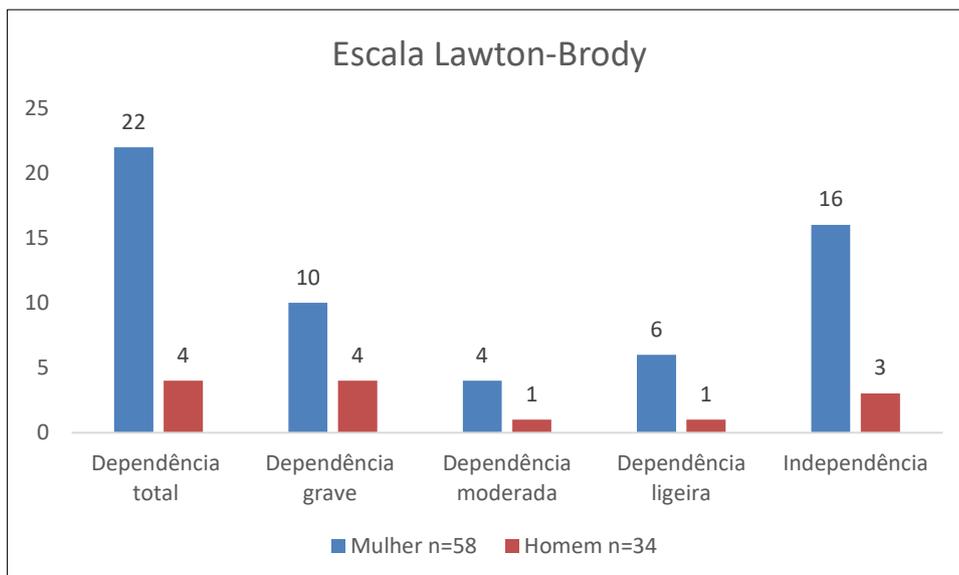


Gráfico 2 – Atividades instrumentais da vida diária – Escala de Lawton-Brody.

No que diz respeito à avaliação física, além do exame objetivo sistematizado e referido anteriormente, foram aplicadas as escalas de Holden e MNA.

A escala de Holden determina o grau de autonomia na marcha prévio ao internamento (gráfico 3), e tem em conta o tipo de ajuda física necessária (auxílios de marcha ou supervisão) e o tipo de superfície. O score médio encontrado foi de 3,5, e também com base no score de cada doente foram adaptadas as recomendações para a reabilitação motora no plano pós-alta.

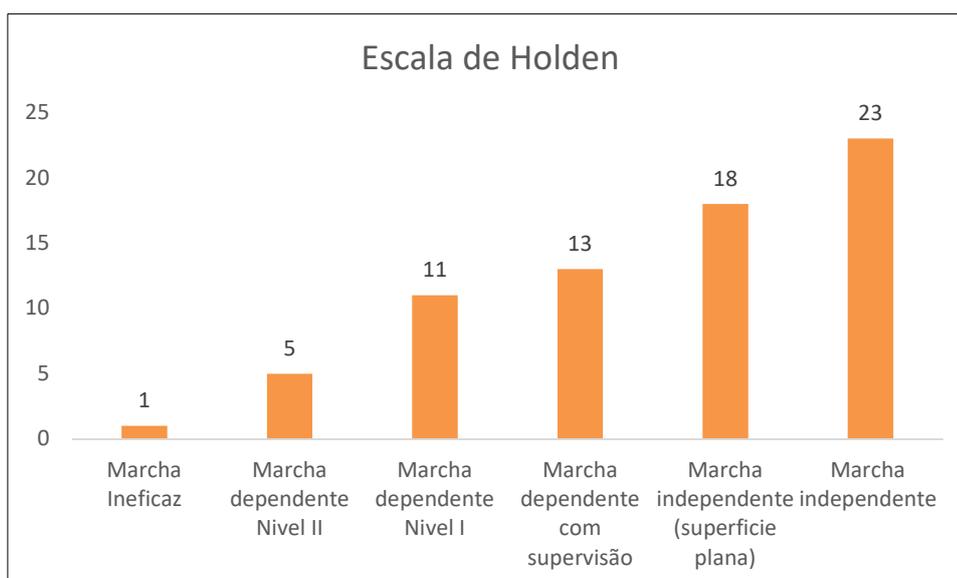


Gráfico 3 – Grau de autonomia na marcha – Escala de Holden.

A escala MNA permite fazer uma triagem dos doentes na presença ou em risco de malnutrição (score inferior a 7 pontos e score entre 8 a 11 pontos, respetivamente), da qual, perante estes resultados, deverá ser aplicada a segunda parte do inquérito aprofundando a avaliação (gráfico 4). No contexto da UO, uma vez detetado um destes resultados durante a triagem, procedeu-se à referenciação e discussão com a equipa de nutricionistas, de forma a completar a avaliação nutricional e implementar um plano alimentar adequado às necessidades de cada doente. O score médio da triagem do MNA foi de 9,8 (sob risco de desnutrição).

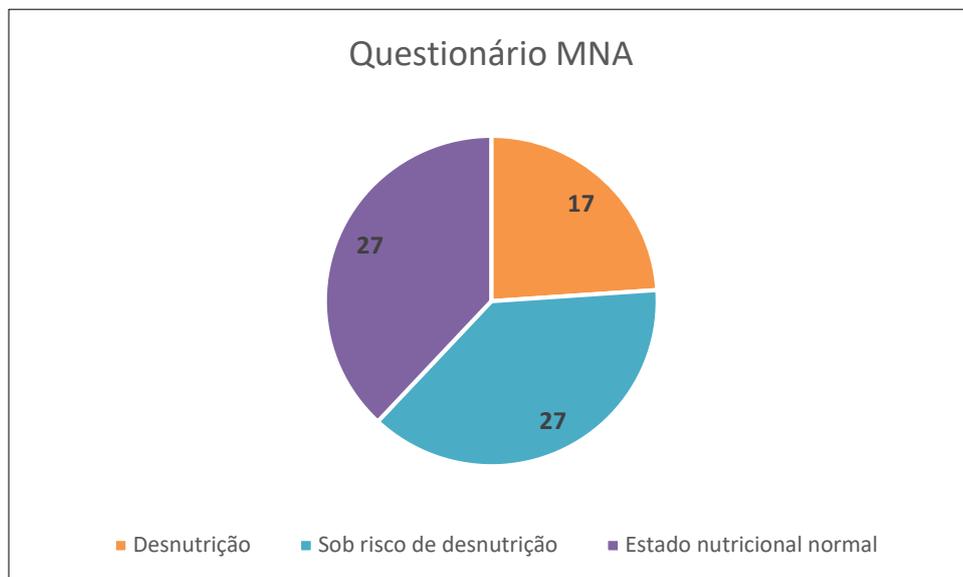


Gráfico 4 – Estado nutricional – Triagem *Mini Nutricional Assessment*.

A avaliação mental pressupõe a avaliação cognitiva e afetiva. Considerando sempre os antecedentes pessoais e estado de alerta de cada doente, foi determinado o estadió do défice cognitivo através da aplicação da GDS. O Score médio foi de 3,1. Sempre que necessário, foi aprofundado o estudo do défice cognitivo aplicando a *Mini-Mental State Examination* de Folstein (MMSE)⁷. Embora este último instrumento não esteja validado para aplicação em doentes em contexto agudo, foi utilizado como ferramenta de triagem em doentes estáveis para referenciação e repetição posterior em contexto de consulta de seguimento no pós alta sempre que os seus resultados em internamento levantaram dúvidas. A avaliação mental foi completada através da anamnese e aferição de eventuais perturbações do humor. Sempre que houve suspeição clínica de depressão, foi aplicada a escala de depressão de Yesavage⁸.

Dos doentes observados, 84,5% (n=60) tiveram alta para o domicílio / Lar, 7% (n=5) foram referenciados para Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e 2.8% (n=2) foram transferidos para outro serviço, sendo um destes transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos. Durante o internamento existiram 5,6% (n=4) óbitos.

5.1.4. Consultoria a Doentes Internados

Como descrevi previamente, a UO presta também consultoria a doentes internados no Serviço de Ortopedia que não cumprem os critérios estabelecidos em protocolo. Estes doentes são referenciados à UO por problemas médicos, sendo esta referência realizada quer pela equipa médica de Ortopedia quer pela equipa de enfermagem. Estes doentes mantêm-se sob a responsabilidade da equipa de ortopedia. Dado que a UO tem uma relação de proximidade com o Serviço de Ortopedia, serviço onde se encontra localizada, alguns destes pedidos passam pela avaliação médica de qualquer problema médico do doente ortopédico. Embora nestes casos de referência o critério de idade não seja aplicado, a maioria dos doentes observados são idosos com multimorbilidade e síndromes geriátricas.

Durante o meu período de estágio no internamento foram solicitados 53 pedidos de colaboração a 52 doentes. A média de idades foi de 70,9 anos (31 - 92 anos) e a maioria dos doentes eram do sexo feminino (60,3%, n=32). Os principais motivos para pedidos de colaboração estão descritos na tabela 4. Alguns doentes apresentavam mais de um motivo para pedido de colaboração.

Tabela 4 – Principais motivos para pedidos de colaboração da UO.

Diagnóstico	n
Infeção Nosocomial	7
Infeção trato urinário	3
Pneumonia	2
Outras	2
Hipertensão Arterial	6
Diabetes <i>Mellitus</i> descompensada	5
<i>Delirium</i> hiperativo	4
FA com RVR	4
Distúrbio hidroelectrolítico	3
Neoplasia	3
Lesão renal aguda	3
Anemia	2
Intoxicação por opiáceos	2

5.1.5. Consulta Externa da UO

As consultas da UO decorriam às quintas-feiras entre as 14h00 às 18h00, havendo em média cerca de 12 consultas marcadas. Realizavam esta consulta a Dra. Sofia Duque, Coordenadora da UO, e a Dra. Rita Miranda. Nos meses de maio e agosto e semanalmente a partir daí e até ao final de outubro, estive presente na Consulta Externa da UO, tendo participado ou realizado 51 consultas. Nestas consultas participam frequentemente os médicos em estágio, quer médicos da formação especializada, internos do ano comum, médicos em estágio de Geriatria e alunos de mestrado integrado em medicina. Sempre que existiam mais gabinetes disponíveis a equipa foi repartida para uma maior colaboração de todos os elementos, tendo sido possível por diversas vezes realizar consultas em autonomia, com posterior discussão dos casos clínicos.

São observados na Consulta da UO doentes geriátricos encaminhados após a alta do internamento por fratura da extremidade proximal do fémur.

A minha atividade nesta consulta englobou o estudo prévio do processo clínico de cada doente, com particular enfoque nos antecedentes pessoais conhecidos, AGG prévia

e plano pós-alta determinado aquando da alta do internamento ou da última consulta (se consulta de seguimento). Procurei aferir os motivos de consulta com o doente e acompanhante (se presente), e queixas de novo desde a alta ou desde a última consulta. Realizei o exame objetivo sistematizado e orientado pelos sintomas e sinais presentes. A destacar, apliquei por diversas vezes o MMSE de forma a aferir eventuais défices cognitivos não passíveis de avaliar durante o internamento por doença aguda. Como exemplo, o MMSE é aplicado aos doentes que apresentaram *delirium* em internamento, pela conhecida relação deste com défice cognitivo prévio. Dada a frequência de doentes com *delirium* na população internada na UO, esta é uma ferramenta muito utilizada na consulta.

Com base nesta avaliação solicitei os ECD considerados necessários, e avaliei os resultados de ECDs previamente pedidos e realizados. Prescrevi ou adequei o plano terapêutico de acordo com as necessidades avaliadas em cada consulta. Verifiquei o cumprimento do plano nacional de vacinação e prescrevi as vacinas extra-plano que considerei adequadas, das quais se destaca a vacina antipneumocócica, de acordo com a recomendação em norma da DGS – Norma de Orientação Clínica nº011/2015, atualizada a 06/11/2015 – para vacinação de pessoas acima dos 65 anos. Adequei de forma continuada a prescrição e posologia dos diversos fármacos tendo em particular atenção a evicção de prescrição de fármacos com potenciais interações e o ajuste à função renal e hepática. Saliento que apesar desta adequação ser essencial em qualquer doente, o cumprimento rigoroso da mesma na população geriátrica reveste-se da maior importância, pela conhecida prevalência de polimedicação, de insuficiência renal e hepática e maior risco de iatrogenia medicamentosa. Para a adequação da terapêutica prescrita recorri ainda às listas de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) – lista STOPP/START e critérios de Beers^{9,10}. Uma das mais valias desta consulta da UO é o envolvimento multidisciplinar, onde destaco a presença de farmacêutica clínica que permite uma melhor adequação da terapêutica prescrita, com identificação precoce de eventuais interações e otimização quer da posologia quer da via de administração. A farmacêutica realizou sempre uma explicação pormenorizada da terapêutica ao doente e/ou acompanhante e entregou uma lista descritiva e atualizada da mesma.

Fez também parte da minha atividade em consulta aferir com o doente e família a compreensão e cumprimento do plano terapêutico global, no qual se inclui a terapêutica farmacológica e não farmacológica como: o plano de reabilitação motora, as alterações nutricionais, comportamentais ou de adequação do espaço/apoios do doente às suas necessidades atuais e à evicção de quedas futuras. Como parte do seguimento do doente, investi no envolvimento dos cuidadores ou das instituições de residência no cumprimento do plano terapêutico global sempre que justificado.

Fiz, sempre que necessário, referenciação a outras especialidades com a respetiva carta de referenciação.

A avaliação clínica, pedidos de ECD e plano terapêutico foram discutidos em equipa em todas as consultas.

5.1.6. Atividade Científica

Durante este estágio iniciei um projeto de investigação científica na área da Ortogeriatría. Planeei um protocolo de investigação de um estudo observacional, retrospectivo e transversal de caracterização da prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados e omissões terapêuticas, de acordo com os critérios STOPP-START, em doentes idosos com fratura da extremidade proximal do fémur internados na UO – comparando os fármacos prescritos à data da admissão com os prescritos à data da alta hospitalar, após intervenção da UO.

Foi seguida uma metodologia de revisão de todas as notas de alta dos doentes seguidos pela UO ao abrigo do protocolo com o Serviço de Ortopedia durante o ano de 2016. Foram excluídas notas de alta incompletas, nomeadamente sem listagem da medicação à data da admissão ou à data da alta, ou sem indicação de comorbilidades.

Foram recolhidos dados demográficos, antecedentes pessoais e resultados da AGG de cada doente e feito registo de MPI e omissões terapêuticas, quer no momento da admissão hospitalar quer da alta, aplicando os critérios STOPP-START. Sempre que surgiram casos de dúvida foi feita consultadoria com perito em Geriatria.

Pretende-se com esta quantificação comparar o número de MPI e omissões terapêuticas entre a admissão hospitalar e a alta, permitindo ainda identificar os MPI mais prescritos (antes e depois da alta) e quais os MPI prescritos à admissão corrigidos na alta clínica, assim como identificar as omissões terapêuticas à admissão e corrigidas durante o internamento.

Pretende-se que os resultados permitam identificar sucessos e pontos a melhorar na correta prescrição médica na equipa da UO tendo em conta os MPI e omissões a corrigir, favorecendo a evolução técnica da equipa. Os resultados, atualmente ainda sob avaliação, serão posteriormente submetidos ao próximo congresso europeu da EuGMS a realizar em Atenas em 2021.

Particpei também na realização de diversos pósteres científicos apresentados em congressos nacional e internacional:

“Desprescrição Numa Unidade de Orto geriatria”,

Cláudio Gonçalves Gouveia, Tânia Duarte, Ana Filipa Carvalho, Beatriz Figueiredo, Beatriz Amaral, Rui Buzaco, Teresa Ascensão Pinheiro, Rita Miranda, Rosana Andrade, Sofia Duque, Luís Campos.

26º Congresso Nacional de Medicina Interna, Altice fórum Braga, Braga, 28 de agosto de 2020.

“Deprescription of benzodiazepines and benzodiazepine-like drugs in orthogeriatric patients”,

Cláudio Gonçalves Gouveia, Tânia Duarte, Ana Filipa Carvalho, Beatriz Figueiredo, Beatriz Amaral, Rui Buzaco, Rita Miranda, Rosana Andrade, S. Jesus, Sofia Duque, A. Martins, C. Fonseca, Luís Campos.

EuGMS E-Congress 2020, 7 a 9 de outubro de 2020.

“Proton pump inhibitors: when will the paradigm shift?”,

Tânia Duarte, Cláudio Gonçalves Gouveia, Ana Filipa Carvalho, Sofia Duque, SB Machado, Rita Miranda, Beatriz Figueiredo, Beatriz Amaral, Rui Buzaco, Rosana Andrade, S. Jesus, Luís Campos, A. Martins.

EuGMS E-Congress 2020, 7 a 9 de outubro de 2020.

Durante o período de estágio e até à conclusão da disciplina de Estágios participei ainda de múltiplas reuniões científicas de forma a aprofundar o meu conhecimento teórico em geriatria, entre as quais destaco, na tabela 5:

Tabela 5 – Participação em eventos científicos.

Data	Evento Científico	Entidade Promotora
10/2020	4ª Reunião do Núcleo de Estudos de Geriatria	Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
10/2020	EuGMS e-Congress 2020	EuGMS
06/2020	Casos Clínicos: Impacto da COVID-19 no Sénior - Intervenção Multidisciplinar (<i>Webinar</i>)	Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica e Nestlé Health Science
05/2020	Envelhecer com saúde (<i>Webinar</i>)	<i>UpHill Health</i>
09/2019	XVII Curso Pós-Graduado sobre Envelhecimento (integrado na disciplina de Seminários do Mestrado em Geriatria)	Prof. Dr. Manuel Teixeira Veríssimo
06/2019	13º Congresso Nacional do Idoso	Dr. José Canas da Silva

6. Discussão final

A área da Geriatria tem vindo a instalar-se e a desenvolver-se por forma a melhor prestar cuidados de saúde, colocando o melhor conhecimento científico à disposição dos doentes geriátricos.

O notável crescimento demográfico deste grupo da população nas últimas décadas, e o crescimento igual ou superior que se encontra perspetivado para o século XXI, é consequência do aumento da esperança média de vida. Ao contrário de outros países este aumento da esperança média de vida não foi, no entanto, acompanhado pelo aumento de anos com qualidade de vida em Portugal. Este importante dado põe a descoberto as sérias lacunas que, ainda assim persistem, na organização dos sistemas de saúde à disposição dos idosos e famílias no nosso país. É neste contexto e com base nestas duas premissas – o aumento do conhecimento científico e a necessidade de melhoria dos serviços de saúde aos doentes geriátricos – que considero essencial que o treino em Geriatria seja cada vez mais disseminado e especializado em médicos, a nível pré e pós-graduado. Desta forma, a experiência que tive neste Mestrado em Geriatria, veio ajudar-me a adquirir conhecimentos e ferramentas para melhor abordar esta população.

Entre as diferentes áreas de atuação da Geriatria, as unidades de ortogeriatria têm demonstrado o maior grau de evidência na redução da morbimortalidade¹¹. Por este motivo, pelo projeto pioneiro na região de Lisboa e pelos cuidados de excelência demonstrados, considero que a escolha da UO do CHLO como local de estágio se revelou a mais adequada para mim.

Considero que a utilização destas novas competências, sob supervisão e orientação no estágio na UO, representou o culminar de uma época de aprendizagem e uma fase essencial na minha formação, que me permitirá iniciar o meu percurso não só teórico como clínico na área de Geriatria. Este estágio foi portanto uma parte essencial do Mestrado, por permitir uma ampliação do conhecimento teórico adquirido e uma

convivência com os benefícios da aplicação dos mesmos na prática. Adicionalmente, permitiu-me também conhecer as limitações mais comuns à aplicação destes conhecimentos, e os desafios mais prementes existentes na população geriátrica. Destes desafios destaco não só a maior fragilidade, comorbilidades e polimedicação – que já distinguiriam esta população da maioria dos outros doentes – mas também a redução da capacidade de compreensão, atualização e independência/autocuidado – muitas vezes agravadas pela redução da acuidade visual e auditiva, capacidade cognitiva e também da funcionalidade. A identificação e superação destas dificuldades é outra das mais valias que identifico no estágio, e considero que a aprendizagem pelo exemplo na UO se revelará essencial para a minha prática futura. A possibilidade de manter atividade clínica quer em Internamento quer na consulta da UO permitiu-me seguir o doente desde a sua apresentação até à alta, e também após a alta e a fase aguda. Esta experiência, embora curta, permitiu-me adequar a avaliação e a prescrição em diferentes fases do doente, e identificar as melhorias resultantes das medidas instituídas em internamento.

A realização quer do Mestrado quer da disciplina de Estágios na fase final do internato médico em MGF permitiu-me um maior grau de compreensão dos problemas encontrados e de autonomia. Pessoalmente, considero que também me permitiu uma maior disponibilidade para adquirir novos conhecimentos e definir e explorar o que eu pretendia que viesse a caracterizar a minha prática futura.

Considero que, apesar de nem todos os médicos em MGF terem disponibilidade para aprofundar significativamente os seus conhecimentos em Geriatria, estes últimos são uma mais valia percebida e valorizada por todos. Como forma de exemplo, senti que quando partilhei alguns dos conhecimentos adquiridos com restantes colegas houve sempre muito interesse na discussão dos mesmos, que resultou por vezes em alguma alteração da prática clínica. Nesse sentido, iniciei esforços para a implementação da AGG em contexto de consulta na minha micro-equipa da USF de formação, assim como para a introdução de ferramentas facilitadoras da compreensão pelo doente do plano terapêutico instituído. Procurei também estreitar as relações com a equipa de assistentes sociais do ACES, conhecendo melhor as diferentes instituições de apoio social da comunidade.

Gostaria ainda de destacar, que acredito que os médicos de MGF, pela forma holística de exercer medicina e pela relação privilegiada de proximidade com grande parte desta população e das suas famílias, têm um papel importante na redefinição da organização dos cuidados prestados em Geriatria a nível nacional, nomeadamente ao nível dos CSP. Considero que o Mestrado e o estágio fortaleceram a minha ideia inicial de que está em falta um programa desenvolvido a nível nacional para o idoso/envelhecimento ativo nos CSP, seguindo o exemplo dos programas desenvolvidos com sucesso nas últimas décadas para as grávidas e saúde infantil. Considero que temos não só a necessidade como as condições para iniciar a passo e passo, um programa que seja referência no seguimento deste grupo da população, padronizando os conhecimentos da MGF em Geriatria e os serviços disponibilizados nas diferentes regiões do país. Os conhecimentos adquiridos neste Mestrado vieram fortalecer não só esta ideia como a minha vontade e disponibilidade para ser parte ativa na criação do mesmo.

Por fim, gostaria de salientar que esta oportunidade de crescimento que me foi dada foi maximizada pelas características da equipa da UO e pela sua constante disponibilidade para discutir e rever cada caso, em cada fase da sua evolução. Este conhecimento ser-me-á essencial para a abordagem dos doentes geriátricos, reconhecidamente doentes de grande complexidade médica e tão frequentes na minha prática clínica diária.

Bibliografia

1. Epstein AM, Hall JA, Besdine R, et al (1987). The emergence of geriatric assessment units. The “new technology of geriatrics”. *Ann Intern Med*, 106: 299-303.
2. Quinn, TJ., Langhorne, P., Stott, DJ. (2011). Barthel Index for Stroke Trials Development, Properties, and Application. *Stroke*, 42: 1146-1151.
3. Lawton MP., Brody EM. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9: 179-86.
4. Holden MK., Gill KM., Magliozzi MR. (1986). Gait assessment for neurologically impaired patients. Standards for outcome assessment. *Phys Ther*, 66: 1530-1539.
5. Kaiser MJ., Bauer JM., Ramsch C., et al (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*, 13: 782-788.
6. Reisberg, B., Ferris, SH., de Leon, MJ., Crook, T (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139.
7. Folstein, MF., Folstein, SE., McHugh PR., (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12: 189–98.
8. Yesavage, JA., Sheikh, JI., (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5: 165-73.
9. O’Mahony, D., O’Sullivan, D Byrne, S., (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and Ageing*, 44: 213–218.

10. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *JAGS*, 00:1–21.
11. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2007). Estándares de Calidad en Geriatria. 1ª edición, *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. Madrid.