

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Ana Beatriz Santos Amaral

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ORTOGERIATRIA

VOLUME 1

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

Outubro de 2020

Faculdade de Medicina  
da Universidade de Coimbra

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM ORTOGERIATRIA

Ana Beatriz Santos Amaral

VOLUME 1

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

Outubro de 2020



## **AGRADECIMENTOS**

---

Durante o estágio na UOG contei com o apoio de diversas pessoas, que direta ou indiretamente, contribuíram para a minha formação.

Agradeço em especial à Dra. Sofia Duque, a minha orientadora de estágio, por todos os conhecimentos transmitidos, pelo apoio, pela oportunidade de crescimento, pela confiança e amizade.

Agradeço também à Dra. Rita Miranda, pela disponibilidade e companheirismo.

Agradeço também ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, mentor do Mestrado de Geriatria, pelos conhecimentos transmitidos durante o todo o Mestrado e por inspirar outros a conhecer a Geriatria.

# Índice

---

1. DADOS BIOGRÁFICOS E CURRICULARES .....	9
2. INTRODUÇÃO .....	10
3. OBJECTIVOS DE FORMAÇÃO .....	11
4. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER E DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA .....	12
5. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ORTOGERATRIA .....	14
6. ATIVIDADE DESENVOLVIDAS.....	19
7. TRABALHOS APRESENTADOS.....	29
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	30
ANEXOS.....	31

## Índice de gráficos

---

<b>Gráfico 1: Distribuição dos doentes internados segundo o sexo e escalões etários (n=64)</b>	21
<b>Gráfico 2: Distribuição dos doentes internados pelo tipo de fratura (n=64)</b>	22
<b>Gráfico 3: Distribuição dos doentes internados segundo o grau de dependência na Escala de Barthel e média de idades (n=64)</b>	22
<b>Gráfico 4: Distribuição dos doentes internados segundo o grau de dependência na Escala Lawton e Brody e sexo (n=64)</b>	23
<b>Gráfico 5: Distribuição dos doentes internados segundo a Classificação da Marcha de Holden (n=64)</b>	23
<b>Gráfico 6: Distribuição dos doentes internados segundo o estadio da Global Deterioration Scale (n=64)</b>	24
<b>Gráfico 7: Distribuição dos doentes internados segundo a avaliação nutricional pelo Mini-Nutritional Assessment – short form (n=64)</b>	24
<b>Gráfico 8: Complicações durante o internamento</b>	25
<b>Gráfico 9: Distribuição dos doentes internados segundo a capacidade para a marcha à data de alta (n=62)</b>	26
<b>Gráfico 10: Distribuição dos doentes segundo residência, à admissão (n=64) e à alta (n=62)</b>	26

## Índice de tabelas

---

<b>Tabela 1: Horário semanal</b> .....	19
<b>Tabela 2: Casuística do Internamento da UOG (n=64)</b> .....	21
<b>Tabela 3: Casuística dos doentes observados na consulta de Geriatria (n=23)</b> .....	28

## Lista de siglas e abreviaturas

---

ABVDs – Atividades básicas de vida diária  
AGG – Avaliação Geriátrica Global  
AVC – Acidente vascular cerebral  
CE – Consulta Externa  
CHLO - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental  
DRC - Doença Renal Crónica  
HSFX - Hospital São Francisco Xavier  
HTA - Hipertensão arterial  
IC - Insuficiência Cardíaca  
MNA-SF – *Mini Nutritional Assessment - short form*  
Pts – Pontos  
RNCC – Rede Nacional de Cuidados Continuados  
UCINT – Unidade de Cuidados Intermédios Médicos  
UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral  
UIC – Unidade de Insuficiência Cardíaca  
UOG – Unidade de Ortogeriatría  
UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes  
UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos  
SU - Serviço de Urgência

# **1. DADOS BIOGRÁFICOS E CURRICULARES**

---

## **1.1 IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Ana Beatriz dos Santos Amaral

Data de nascimento: 18/01/1990

Nacionalidade: Portuguesa

Residência: Freguesia de São José

Filiação: António Maria Meneses Amaral e Maria da Conceição Silva Santos Amaral

Contactos:

- Correio eletrónico: anaamaral1990@gmail.com

- Telemóvel: 918561186

## **1.2 FORMAÇÃO ACADÉMICA E ATIVIDADE PROFISSIONAL**

2008-2014 – Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; média final de 14,99 valores

2015 – Ano Comum do Internato Médico no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

2016 - atual – Internato de Medicina Interna no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

## 2. INTRODUÇÃO

---

A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento populacional, consequência do aumento de esperança de vida e melhoria da qualidade de vida. Aliado a este facto, verifica-se também o aumento da prevalência das doenças crónicas, da dependência nas atividades da vida diária e do declínio das capacidades cognitivas. Esta população envelhecida tem particularidades clínicas, pelo que, os cuidados de saúde devem ser adaptados, para uma melhor promoção de envelhecimento saudável.

A multimorbilidade e a fragilidade são desafios na abordagem perioperatória dos doentes idosos, quer pela intercorrência de doenças médicas agudas, quer pela descompensação da patologia crónica, podendo comprometer os resultados cirúrgicos e aumentar a morbimortalidade perioperatória.

Manter o equilíbrio e a otimização do controlo das doenças crónicas e a abordagem das complicações médicas muitas vezes é complexa e pode ser complicado para os cirurgiões. A Medicina Interna é a especialidade mais capacitada para abordar o doente como um todo e capaz de ajudar nessa tarefa complexa, sobretudo para os doentes idosos e frágeis. Entre os doentes cirúrgicos, o subgrupo dos doentes ortopédicos frequentemente apresenta idade avançada e multimorbilidade. Como tal, estes doentes beneficiam de uma abordagem mais personalizada e com especial atenção à avaliação geriátrica.

Com base nestes pressupostos têm sido criadas em toda a Europa unidades de co-gestão destes doentes, num modelo de assistência clínica partilhada entre a especialidade de Ortopedia e a especialidade de Medicina Interna.

O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas e os conhecimentos adquiridos durante o período de estágio, realizado na Unidade de Ortogeriatría do Hospital São Francisco Xavier, em Lisboa, no período de 1 de outubro a 31 de dezembro de 2019, sob orientação da Dra. Sofia Duque.

### **3. OBJECTIVOS DE FORMAÇÃO**

---

A permanência na Unidade de Ortopedia e Geriatria permite adquirir competências de Geriatria e Medicina Perioperatória, através da abordagem de doentes idosos com fratura da extremidade proximal do fémur.

Objetivos do estágio:

- Aquisição de competências da Avaliação Geriátrica Global no doente agudo internado e em regime de ambulatório (frequência da consulta de Geriatria);
- Aquisição de competências na gestão integral do doente idoso, articulando com outros profissionais de saúde proactivamente e precocemente;
- Treino na estabilização pré-operatória de doentes ortopédicos e prevenção ou tratamento precoce de complicações perioperatórias;
- Gestão da multimorbilidade, polimedicação e prevenção de iatrogenia farmacológica e não farmacológica;
- Diagnóstico e tratamento de síndromes geriátricas, com especial ênfase para as quedas;
- Priorização dos problemas de saúde do doente idoso.

## **4. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO XAVIER E DO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA**

---

O Hospital São Francisco Xavier (HSFX) foi inaugurado em 1987, integrando a partir de 29 de dezembro de 2005 o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., juntamente com o Hospital de Egas Moniz e o Hospital de Santa Cruz.

O HSFX é um hospital geral central, onde se encontram sediadas a Urgência Geral, Pediátrica e Obstétrica do CHLO. Atualmente é composto por dois edifícios que abrangem áreas de internamento e consultas dos serviços de Medicina, Oncologia, Hematologia, Ortopedia, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesia, Pediatria, Medicina Física e Reabilitação e Imunohemoterapia.

Neste hospital existem: duas Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (tendo a UCIP maior afluência de doentes médicos e a UCIC maior prevalência de doentes cirúrgicos e politraumatizados) e uma neonatal e dois Hospitais de Dia (Especialidades Médicas e Hemato-Oncologia). É constituído, ainda, por um serviço de Patologia Clínica e Imagiologia.

### **3.1 SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA DO HSFX**

O Serviço de Medicina do HSFX é constituído pelas Unidades Funcionais (UF) III e IV desde setembro de 2013, sob direção do Dr. Luís Campos. Este serviço dispõe de um total de 66 camas de internamento: 36 camas no espaço físico da UF IV (26 camas de internamento de enfermaria, 6 camas na UAVC, 4 camas na UCINT) e 30 camas no espaço físico da UF III (25 camas de internamento de enfermaria e 5 camas na UIC).

Atualmente, a equipa Médica do Serviço de Medicina, para além do Diretor de Serviço, é constituída por 2 Chefes de Serviço (Dr. Luís Campos e Prof. Doutora Cândida Fonseca), 9 Assistentes Hospitalares Graduados (Dra. Ana Ribeiro da Cunha, Dr. José Guia, Dra. Ana Leitão, Dr. António Carvalho, Dra. Ana Lynce, Dra. Alice Sousa, Dra. Susana Jesus, Dra. Sofia Duque e Dra. Teresa Mesquita), 6 Assistentes Hospitalares (Dr. Inês Araújo, Dra. Vanisa do Rosário, Dr. Hugo Moreira, Dr. Nuno Ribeiro Ferreira e Dr. Manuel Araújo) e Internos de Formação Específica em Medicina Interna, contando ainda com Internos de Formação Específica de outras Especialidades.

O corpo clínico do serviço assegura atividade assistencial no Internamento, na Urgência Interna, na Urgência Externa, na Consultadoria e em regime de Ambulatório, seja no Hospital de Dia ou nas Consultas Externas de Medicina, Diabetes/ Diabetes da Grávida, AVC, UIC, Geriatria, Obesidade e Patologia Médica da Grávida.

## **Unidades diferenciadas do Serviço de Medicina Interna:**

- A UCINT foi inaugurada em abril de 2008, com capacidade de 4 camas, sendo coordenada pelo Dr. Hugo Moreira (Assistente Hospitalar).
- A UAVC funciona desde julho de 2008, com o principal objetivo de providenciar tratamento e cuidados especializados a doentes com acidente vascular cerebral em fase aguda e integra a UF IV. A coordenação da UAVC é partilhada pela Medicina Interna - Drs. Teresa Mesquita e Nuno Ribeiro Ferreira - e pela Neurologia (Dra. Sofia Calado). A unidade está equipada com 6 camas de internamento.
- A UIC é uma unidade que visa o diagnóstico e tratamento diferenciado da Insuficiência Cardíaca, sendo coordenada pela Prof. Cândida Fonseca.
- A UOG surgiu em 2016 pela necessidade crescente de apoio pela MI aos doentes internados na Ortopedia.
- A Unidade de Medicina Ambulatória foi criada em 2019, com integração das seguintes valências: Hospital de Dia de Especialidades Médicas, Unidade de Hospitalização Domiciliária, Unidade de Cuidados Integrados a Doentes Crónicos Complexos e Unidade de Diagnóstico Rápido.

Em 2017, foi criada a Equipa de Cuidados Integrados em parceria com os Cuidados de Saúde Primários, sob a responsabilidade de uma Assistente Hospitalar Graduada (Dra. Ana Leitão) e um Assistente Hospitalar (Dr. Nuno Ribeiro Ferreira).

O Serviço de Medicina tem, ainda, acordo universitário protocolado com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, participando na formação pré-graduada de alunos do 4º e 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Semanalmente, decorrem as seguintes reuniões de Serviço:

- *Visita médica* – consiste na apresentação de todos os doentes internados e na discussão dos casos clínicos mais complexos. Estas reuniões primam pela multidisciplinaridade, contando com a participação da equipa Médica, do Enfermeiro Chefe, da Assistente Social e de uma Farmacêutica. Na UF IV decorre às terças-feiras e na UF III às quintas-feiras;
- *Sessão clínica* – visa a apresentação de casos clínicos de particular interesse, com discussão diagnóstica e revisão teórica. Estas sessões são comuns a ambas as UF, com distribuição rotativa pelas tiras de ambas as unidades;
- *Journal club* - consiste na apresentação de artigos científicos com publicação recente, ou com interesse e relevância para a prática clínica, no âmbito da Medicina Interna.

## **5. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ORTOGERATRIA**

---

Os Serviços de Medicina Interna e de Ortopedia do HSFX uniram-se para desenvolver um modelo de co-gestão dirigido a doentes idosos com fratura do colo do fémur, visando otimizar a sua recuperação funcional e qualidade de vida, reduzir a morbimortalidade peri-operatória, reduzir os custos associados ao internamento e reduzir a demora média. Assim, em 2016 surge a Unidade de Orto geriatria do HSFX.

De forma sistemática os objetivos da UOG são:

- Reduzir o tempo entre a admissão hospitalar e a cirurgia;
- Reduzir a demora média;
- Reduzir a mortalidade e a morbidade relacionada com a fratura e a cirurgia;
- Reduzir as complicações perioperatórias;
- Reduzir o declínio funcional e cognitivo durante o internamento;
- Otimizar a recuperação funcional após a cirurgia e depois da alta hospitalar;
- Registrar dados clínicos que permitam investigação clínica sobre a eficiência do modelo de assistência clínica e de procedimentos médicos específicos;
- Prevenir futuras quedas e fraturas;
- Melhorar a satisfação dos doentes e familiares;
- Reduzir os custos diretos e indiretos relacionados com a fratura do colo do fémur;
- Promover a formação em Medicina Geriátrica a várias classes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas).

São abordados todos os doentes idosos ( $\geq 65$  anos) com fratura do colo do fémur. Contudo, também é assegurada a assistência médica a doentes que não tendo fratura do colo do fémur apresentem situação clínica que beneficie de abordagem médica. Estes doentes são sinalizados pelos médicos ortopedistas ou pela equipa de enfermagem, sendo o plano de intervenção da Medicina Interna individualizado caso-a-caso.

### **Modo de Funcionamento**

A Unidade de Orto geriatria é constituída por uma equipa interdisciplinar com vários profissionais. Essa equipa é composta por: duas médicas internistas, Dra. Sofia Duque e Dra. Rita Miranda, uma das quais com competência em Geriatria (Dra. Sofia Duque); médicos ortopedistas; enfermeiros; fisioterapeutas; dietistas/nutricionistas; assistentes sociais; médicos fisiatras e farmacêuticos clínicos, com um elemento responsável por cada valência. A coordenação da

Unidade está a cargo da Dra. Sofia Duque. A equipa recebe ainda médicos internos para formação em Medicina Geriátrica.

O internamento da UOG é feito na enfermaria de Ortopedia, com uma capacidade de 42 camas. Nesta enfermaria, existe também uma Unidade de Cuidados Intermédios Ortopédicos, com capacidade de 6 camas.

Os doentes com fratura do colo do fémur e 65 anos ou mais são sinalizados, quando são admitidos na enfermaria de Ortopedia, pelo enfermeiro que procede à admissão. Vários procedimentos são protocolados, com enfoque na melhoria do estado funcional (marcha e atividades de vida diária básicas), no suporte nutricional, no controlo da dor, tratamento da anemia, prevenção e tratamento do *delirium* e abordagem da osteoporose.

A equipa da UOG também presta apoio, em regime de consultoria, a outros doentes internados na enfermaria de Ortopedia, mas que não são abrangidos pelo protocolo da fratura do colo do fémur.

A alta clínica depende da concordância entre a Ortopedia e a Medicina Interna e implica estabilização cirúrgica e médica. A Ortopedia e a Medicina Interna partilham a responsabilidade e as decisões durante todo o internamento num modelo de co-gestão.

À data de alta, os doentes são sempre referenciados às Consultas de Ortopedia e Geriatria.

### **Funções dos vários Profissionais de Saúde**

#### a) Especialista de Medicina Interna com competência em Geriatria

- Coordenar a elaboração de protocolos para regulamentar procedimentos médicos ou outros;
- Coordenar a elaboração de um formulário para relatório de alta, onde dados clínicos e sociais relevantes surgem de forma estruturada;
- Coordenar a elaboração de um registo coletivo dos doentes para avaliar os resultados clínicos e a eficácia dos cuidados;
- Coordenar a equipa interdisciplinar e integrar a informação dos vários profissionais de saúde que participam no tratamento dos doentes;
- Intervenções pré-operatórias
  - Avaliação da situação clínica, funcional, cognitiva, nutricional e social prévia, com recurso a entrevista a familiares / cuidadores;
  - Avaliação das circunstâncias da queda e intervenções para prevenção secundária;
  - Tratamento de condições médicas agudas, compensação de doenças crónicas e prevenção de complicações médicas;

- Revisão terapêutica, ajustada ao contexto de internamento e condição médica, com especial enfoque nas complicações médicas previsíveis;
- Requisição de exames complementares de diagnóstico pré-operatórios e outros necessários;
- Colaboração com a Anestesia na previsão do risco cirúrgico;

- Intervenções pós-operatórias imediatas

- Prevenção e tratamento de complicações médicas orgânicas e mentais
- Promoção da mobilização precoce, em colaboração com a equipa de enfermagem, a Ortopedia e a Medicina Física e Reabilitação;
- Promoção da recuperação funcional, nomeadamente através do treino das atividades de vida diária básicas, em colaboração com a equipa de enfermagem e Medicina Física e Reabilitação;
- Avaliação do risco social e intervenção necessária para assegurar alta hospitalar atempada em segurança para o doente e continuidade de processo de reabilitação funcional, em colaboração com o Serviço Social;
- Planeamento da Alta, integrando os cuidados necessários do ponto de vista médico e ortopédico, os cuidados de enfermagem, o plano de reabilitação e as necessidades sociais;
- Elaboração do relatório integrado de alta;

- Fase de Recuperação funcional

- Manter o seguimento nos 12 meses seguintes em articulação com a Consulta de Geriatria.

b) Especialista de Ortopedia

- Diagnóstico da fratura do colo do fémur e pedido de exames complementares de diagnóstico necessários;
- Decisão de técnica cirúrgica e timing adequado;
- Tratamento cirúrgico célere, de acordo com a decisão partilhada entre a Ortopedia, a Anestesia e a Medicina Interna;
- Avaliação pós-operatória regular;
- Estabelecimento do início de plano de fisioterapia;
- Estabelecimento da estabilidade da doença ortopédica que possibilite alta clínica tão precoce quanto possível;

c) Especialista de Anestesia

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

d) Equipa de Medicina Física e Reabilitação

- Promoção da manutenção da capacidade funcional, através do incentivo do treino supervisionado e autónomo e promoção da mobilização precoce e início célere do treino da marcha;
- Estabelecimento de plano de reabilitação motora e funcional;
- Programação da continuidade de reabilitação após a alta hospitalar, com adequado encaminhamento hospitalar ou extra-hospitalar.

e) Enfermeiro

- Prestação diária de cuidados de enfermagem e cuidados pessoais;
- Colaboração com a Medicina Interna na avaliação da situação clínica, funcional, cognitiva, nutricional e social prévia e avaliação das circunstâncias da queda e intervenções para prevenção secundária;
- Gestão terapêutica e registo da terapêutica administrada;
- Vigilância e avaliação de complicações médicas peri-operatórias;
- Promoção da mobilização precoce, em colaboração com a Medicina Interna, a Ortopedia e a Medicina Física e Reabilitação;
- Promoção da recuperação funcional, nomeadamente através do treino das atividades de vida diária básicas, em colaboração com a Medicina Interna e a Medicina Física e Reabilitação;
- Colaboração com o Serviço Social e a Medicina Interna na avaliação do risco social e intervenção necessária para assegurar alta hospitalar atempada em segurança para o doente e continuidade de processo de reabilitação funcional;
- Participação no planeamento da Alta, nomeadamente estabelecendo os cuidados de enfermagem necessários.

f) Assistente Social

- Avaliação da situação social prévia, com recurso a entrevista a familiares / cuidadores;
- Levantamento de recursos sociais existentes e necessidade de mobilização precoce para garantir alta atempada;
- Referenciação a RNCCI quando necessário;

g) Dietista/Nutricionista

- Avaliação do estado nutricional (*Mini Nutritional Assessment*, índice de massa corporal, circunferência do braço e da perna) e identificação de necessidades nutricionais atendendo a contexto de fratura;
- Individualização de plano alimentar durante o internamento e estabelecimento de indicações após a alta hospitalar;
- Recomendação de suplementação nutricional.

## 6. ATIVIDADE DESENVOLVIDAS

---

A aluna participou em todas as atividades do Serviço que se encontram esquematizadas na Tabela-1.

**Tabela 1: Horário semanal**

	<b>2ª Feira</b>	<b>3ª Feira</b>	<b>4ª Feira</b>	<b>5ª Feira</b>	<b>6ª Feira</b>	
<b>Manhã</b>	Sessão clínica do HSFX	Reunião do SMI	Internamento	Internamento	Sessão clínica do SMI	
	Internamento	Reunião da UOG			Internamento	Internamento
		Internamento				
<b>Tarde</b>	Internamento	Internamento	Internamento	Consulta de Geriatria	Internamento	

### 5.1 Internamento

A atividade exercida no Internamento compreende parte essencial do trabalho desenvolvido pela aluna.

As atividades desenvolvidas pela aluna incluíram:

- Observação de todos os doentes idosos (65 ou mais anos) com fratura da extremidade proximal do fémur;
- Observação de outros doentes referenciados pela equipa de enfermagem ou pelos Ortopedistas;
- Avaliação clínica diária e seguimento dos doentes, através de uma abordagem multidisciplinar e individualizada;
- Colaboração na estratificação pré-operatória do risco cirúrgico e otimização pré-operatória;
- Prevenção / tratamento de doenças agudas ou crónicas e complicações peri-operatórias;
- Revisão da terapêutica em curso, assim como da terapêutica do ambulatório;
- Comunicação com os doentes, famílias e cuidadores, para obtenção da história clínica, gestão de expectativas, planeamento precoce da alta;
- Avaliação precoce das necessidades sociais e de reabilitação do doente (articulação com a Assistente Social e Fisioterapeutas);
- Promoção da mobilização precoce (1º levante e treino de marcha no dia seguinte à cirurgia, se autorizado pela Ortopedia) e autonomia;
- Tratamento da osteoporose e prevenção secundária de fraturas
- Investigação etiológica e prevenção secundária de quedas

- Educação dos doentes e cuidadores, com especial ênfase sobre a medicação recomendada (sensibilização para a importância de suspensão de fármacos potencialmente inapropriados e relacionados com as quedas), recomendações nutricionais e de fisioterapia.

A aluna realizou de forma autónoma as admissões de doentes do protocolo da UOG; a todos os idosos era realizada a avaliação geriátrica global e história clínica.

Na história clínica era dado enfoque nas doenças orgânicas crónicas e agudas, história farmacológica atual e alergias, vacinação, circunstâncias da queda e situação social. A situação arquitetónica do domicílio (andar, existência ou não de elevador e escadas ou outras barreiras arquitetónicas relevantes) também era questionada, assim como existência de apoio (cuidadores informais ou formais, serviço de apoio domiciliário), uma vez que são importantes para compreender em que circunstâncias vive o doente e como poderá decorrer a sua recuperação.

A avaliação geriátrica compreendia a avaliação do estado funcional, recorrendo à Escala de *Barthel* e Escala de *Lawton and Brody*; avaliação da capacidade de marcha, pela Classificação funcional de marcha de *Holden*; avaliação do estado cognitivo, através de entrevista à família e/ou doente para determinar o Estádios da *Global Deterioration Scale*; avaliação do estado nutricional, através do *Mini Nutritional Assessment – short form*, medidas antropométricas (peso atual, altura, IMC, perímetro geminal) e inquérito alimentar (dia alimentar habitual).

As circunstâncias da queda eram esclarecidas na história clínica e era feita uma pesquisa de fatores de risco de quedas.

O contacto com a família e cuidadores foi fundamental para ajudar na colheita da história clínica e completar as escalas de avaliação geriátrica, assim como para estabelecer um plano de cuidados após a alta hospitalar.

### **5.1.1 CASUÍSTICA DOS DOENTES INTERNADOS POR FRATURA DO FÉMUR PROXIMAL**

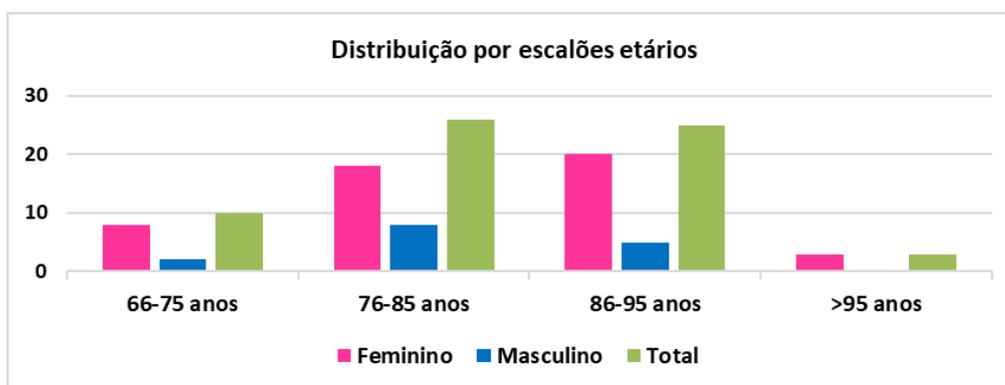
Durante o período de estágio foram admitidos na UOG 64 doentes com fratura do fémur proximal. Relativamente à população observada, verifica-se que a maioria é do sexo feminino (76,6%), com média de idade de 83,6 anos, sendo que esta variou entre 66 e 106 anos.

A média do tempo de internamento foi de aproximadamente 21,3 dias, com mínimo de 7 dias e máximo de 64 dias. A maioria dos doentes teve um internamento prolongado (mais de 10 dias de internamento), correspondendo a 84,4% dos doentes internados, em muito relacionado com a complexidade e gravidade dos quadros clínicos agudos/crónicos agudizados, aumento da dependência física e surgimento de infeções nosocomiais.

Relativamente à letalidade, a taxa de mortalidade global foi de 3,13%.

**Tabela 2: Casuística do Internamento da UOG (n=64)**

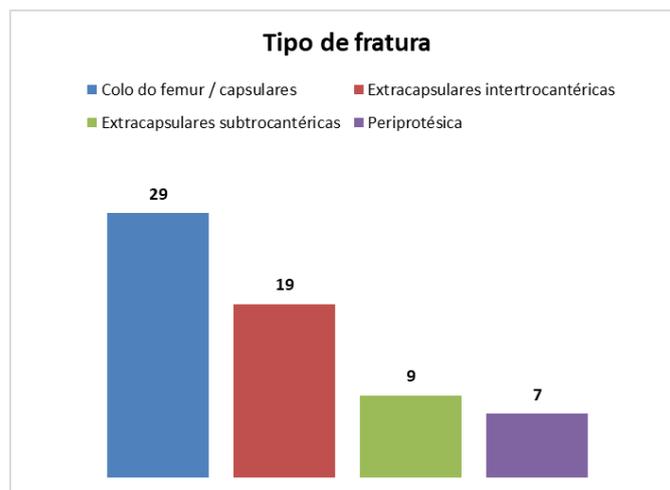
<b>Doentes internados por fratura do fémur proximal</b>	
<b>Média de idades (anos)</b>	<b>83,6</b>
- Feminino	83,7
- Masculino	83,4
Idade mínima dos doentes internados (anos)	<b>66</b>
Idade máxima dos doentes internados (anos)	<b>106</b>
<b>Média de dias de internamento até alta clínica (dias)</b>	<b>21,3</b>
Número de internamentos > 10 dias	<b>54</b>
Mínimo de dias de internamento	<b>7</b>
Máximo de dias de internamento	<b>64</b>
<b>Número de óbitos</b>	<b>2</b>
Taxa de mortalidade (%)	<b>3,13</b>
<b>Número total de doentes</b>	<b>64</b>
- Feminino	49
- Masculino	15



**Gráfico 1: Distribuição dos doentes internados segundo o sexo e escalões etários (n=64)**

Quase todos os doentes foram internados a partir do Serviço de Urgência com algumas exceções para os doentes transferidos de outros serviços (3 doentes foram transferidos do serviço de Medicina Interna).

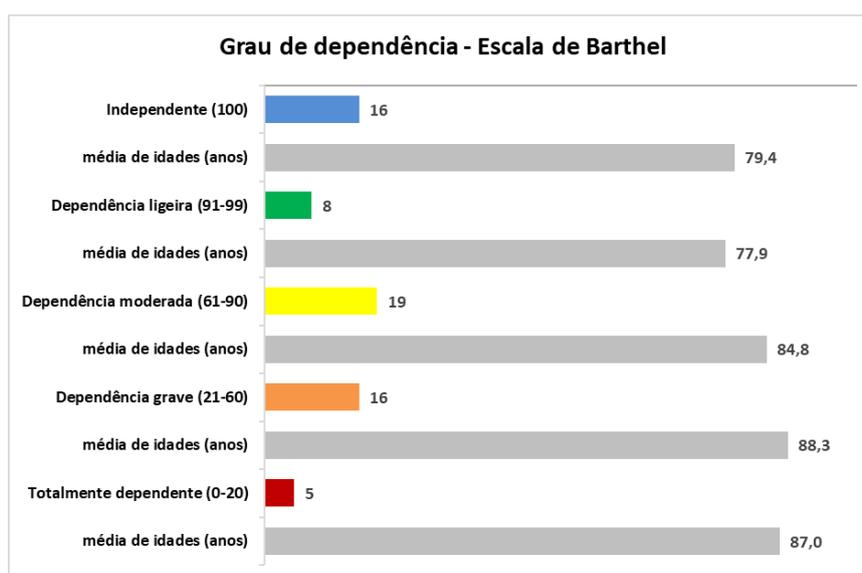
Relativamente ao tipo de fratura, a mais comum foi a fratura do colo do fémur/ capsular, abrangendo quase metade dos doentes (45,3%).



**Gráfico 2: Distribuição dos doentes internados pelo tipo de fratura (n=64)**

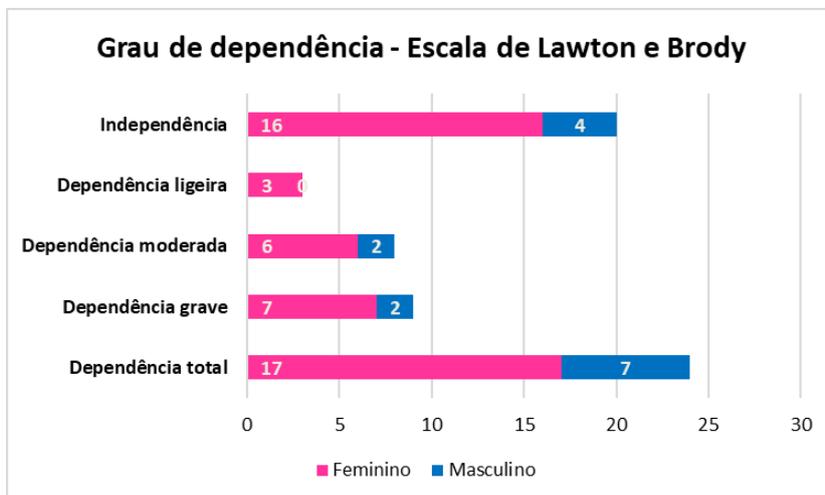
Tal como referido previamente, todos os doentes admitidos tinham uma Avaliação Geriátrica Global. A AGG é a pedra angular da Geriatria, sendo um instrumento importante para obter informações médicas, psicossociais e funcionais do doente idoso. Toda a informação obtida ajuda a estabelecer um melhora plano de tratamento e reabilitação.

Relativamente à dependência nas atividades de vida diária verificamos uma distribuição semelhante entre os doentes que eram independentes, com dependência moderada e dependência grave. Verifica-se também que à medida que aumenta o grau de dependência a média de idade também aumenta, o que é expectável.



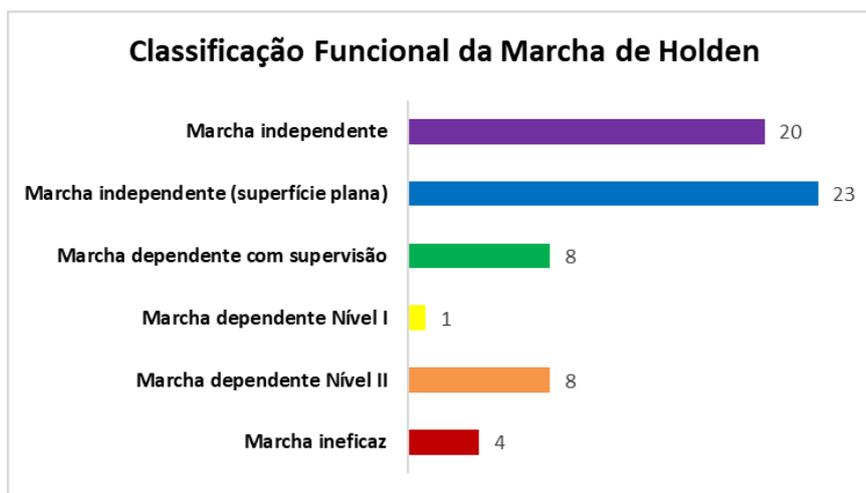
**Gráfico 3: Distribuição dos doentes internados segundo o grau de dependência na Escala de Barthel e média de idades (n=64)**

Quando se avalia as atividades instrumentais de vida diária, verifica-se a existência de dois extremos, por um lado um grupo de doentes que é independente, sendo, portanto, capaz de gerir a sua vida diariamente, por outro lado um grupo de doentes totalmente dependente de outras pessoas.



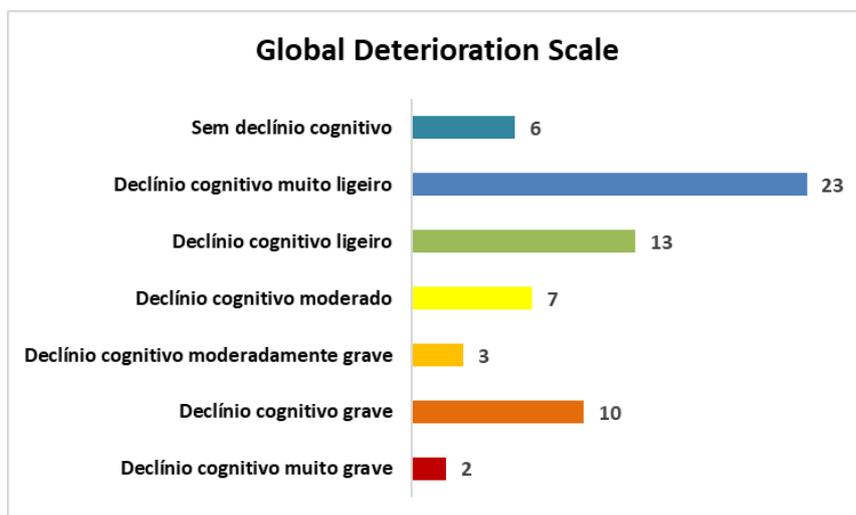
**Gráfico 4: Distribuição dos doentes internados segundo o grau de dependência na Escala Lawton e Brody e sexo (n=64)**

A maioria dos doentes mantinha a capacidade para a marcha de forma independente e muitas das fraturas resultaram de acidentes durante a marcha, sobretudo no domicílio.



**Gráfico 5: Distribuição dos doentes internados segundo a Classificação da Marcha de Holden (n=64)**

Na avaliação do estado cognitivo, verifica-se que muitos doentes estão em estadios pré-demenciais (65,6%), contudo um número não desprezível tem um declínio cognitivo grave, o que torna mais difícil o processo de reabilitação após a fratura.



**Gráfico 6: Distribuição dos doentes internados segundo o estadios da *Global Deterioration Scale* (n=64)**

Quanto ao estado nutricional, 17% dos doentes estavam desnutridos e 39% em risco de desnutrição. Estes achados são preocupantes, constituindo um fator de risco para queda. O estado nutricional é importante para a recuperação de qualquer evento agudo do idoso e muitos dos doentes tiveram de ter uma avaliação nutricional mais detalhada com a nutricionista, de modo a ajustar o plano alimentar e evitar a desnutrição e favorecer a reabilitação pós-fratura.



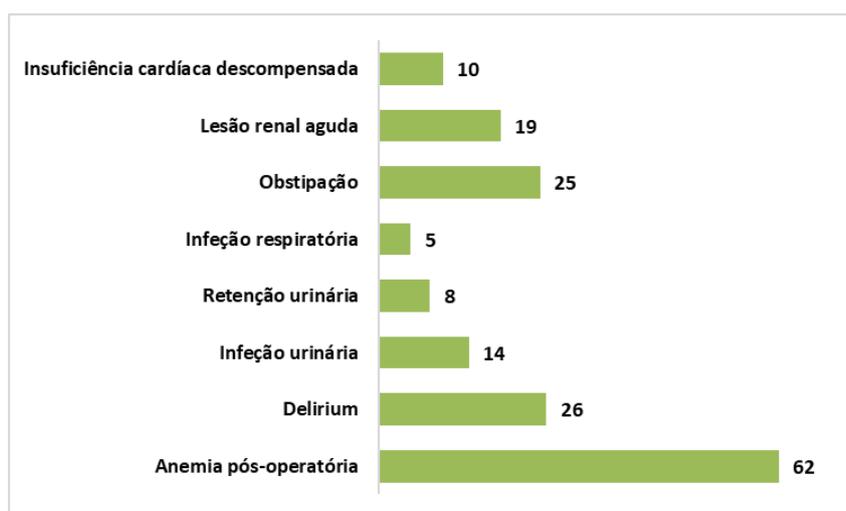
**Gráfico 7: Distribuição dos doentes internados segundo a avaliação nutricional pelo *Mini-Nutritional Assessment* – short form (n=64)**

Durante o internamento, verificaram-se várias complicações. Algumas decorrentes da cirurgia, como a anemia no período pós-operatório ou a lesão renal aguda, outras inerentes ao internamento prolongado, como as infeções nosocomiais ou obstipação. O gráfico 8 mostra as complicações mais frequentes durante o internamento.

A anemia foi de facto a complicação mais frequente, mas nem todos os doentes necessitaram de transfusão sanguínea, que só era realizada quando os valores de hemoglobina eram inferiores a 8g/dL. Prevendo que esta complicação muito frequente, à admissão todos os doentes tinham uma avaliação analítica que incluía a cinética do ferro, assim, existindo ferropenia era feito tratamento com ferro endovenoso.

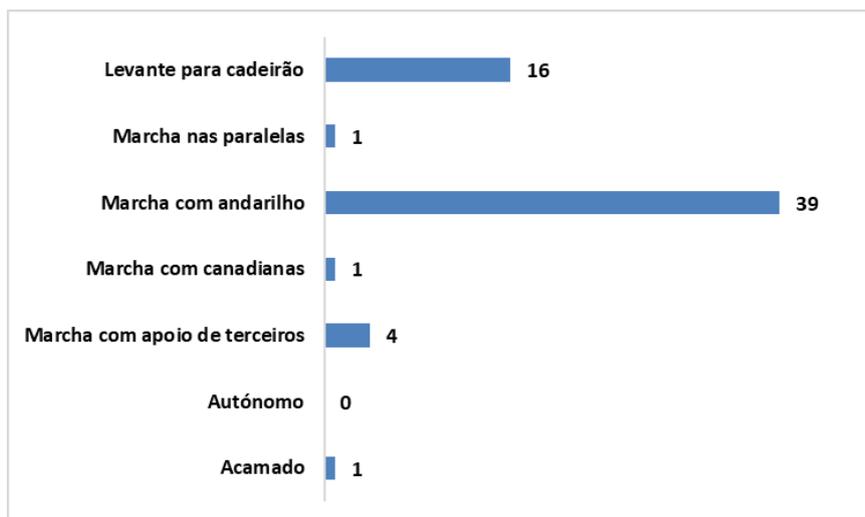
O *delirium* foi também uma das complicações mais frequentes. Esta patologia é muito prevalente na população idosa hospitalizada, aumentando a morbi-mortalidade. O diagnóstico do *delirium* é clínico e deve ser feito de forma precoce. Sempre que possível, foi realizada uma estratégia não farmacológica, completada com a terapêutica farmacológica.

A obstipação é também uma complicação muito frequente nos períodos pós-operatórios e nos internamentos prologados, sobretudo se os doentes permanecem acamados durante muito tempo.



**Gráfico 8: Complicações durante o internamento**

Durante o internamento, a reabilitação motora iniciava-se logo no primeiro ou segundo dia de pós-operatório, sempre que possível. Existia uma equipa de fisioterapeutas dedicada ao internamento da UOG permitindo obter resultados muito satisfatórios, como é possível observar no gráfico 9.



**Gráfico 9: Distribuição dos doentes internados segundo a capacidade para a marcha à data de alta (n=62)**

Logo na admissão do doente na UOG é importante pensar na alta e como vai ser o apoio no período de recuperação. Todo este trabalho era desenvolvido com o apoio do Serviço Social. À data de alta, a maioria dos doentes pôde regressar ao domicílio, com apoio de familiares ou de cuidadores.



**Gráfico 10: Distribuição dos doentes segundo residência, à admissão (n=64) e à alta (n=62)**

## 5.2 Consulta Externa

A Consulta de Geriatria tem como objetivo promover a avaliação global do doente idoso, de forma a implementar um plano de intervenção individualizado de carácter preventivo, curativo, de reabilitação e/ou manutenção.

A referenciação à Consulta é feita a nível intra-hospitalar (a partir do serviço de urgência, serviços de ambulatório e internamento).

Os objetivos a médio – longo prazo desta Consulta são otimizar o controlo das doenças crónicas, preservar a autonomia e funcionalidade da pessoa idosa, reduzir a hospitalização e institucionalização e melhorar a qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa.

### Destinatários da Consulta

Idosos frágeis, de acordo com a seguinte definição: pessoa com 65 ou mais anos de idade e uma ou mais das seguintes condições:

- a) dependência moderada, marcada ou total nas atividades de vida diária básicas;
- b) presença de alterações cognitivas;
- c) défice de visão e/ou audição;
- d) presença de depressão;
- e) polifarmácia (5 ou mais fármacos crónicos);
- f) alteração da marcha;
- g) admissões hospitalares nos últimos 6 meses;
- h) risco de quedas;
- i) risco de ou presença de desnutrição;
- j) risco social e/ou legal.

Na consulta é realizada a história clínica e exame objetivo para avaliar as várias condições clínicas e a presença de síndromes geriátricas. São avaliados os vários exames complementares de diagnóstico e resposta, adesão e efeitos secundários ao plano terapêutico instituído (farmacológico e não farmacológico). São também avaliadas as expectativas e objetivos do doente e cuidadores e planeada a prescrição de novos meios complementares de diagnóstico, terapêutica farmacológica e intervenções não farmacológicas.

A consulta de Geriatria conta com o apoio de uma farmacêutica hospitalar, que acompanha as consultas, ajudando na reconciliação terapêutica e esclarecendo dúvidas quer à equipa médica, quer aos doentes.

A Consulta de Geriatria decorre à 5ª feira à tarde, das 14h às 18h, em dois gabinetes de consulta, uma para a Dra. Sofia Duque e outro para a Dra. Rita Miranda.

A maioria dos utentes que frequentam a Consulta de Geriatria são provenientes da UOG, para reavaliação após a alta e continuação de cuidados.

A aluna teve oportunidade de assistir e participar ativamente nas Consultas de Geriatria, assistindo, maioritariamente, às consultas da Dra. Sofia Duque. Sempre que existia um gabinete disponível, a aluna pôde realizar consultas em regime tutelado.

Durante o período de estágio foram realizadas 48 consultas, contudo, devido à logística da inerente ao tempo de consulta, a aluna assistiu a 23 consultas. A casuística das consultas assistidas encontra-se resumida na tabela 3.

**Tabela 3: Casuística dos doentes observados na consulta de Geriatria (n=23)**

<b>Doentes observados na consulta</b>	
<b>Número total de doentes</b>	<b>23</b>
- Feminino	19
- Masculino	4
<b>Média de idades (anos)</b>	<b>84,1</b>
Idade mínima (anos)	<b>73</b>
Idade máxima (anos)	<b>96</b>
<b>Referenciação à consulta</b>	
Internamento Ortopedia	<b>21</b>
Outros	<b>2</b>
<b>Residência</b>	
Domicílio	<b>18</b>
Lar	<b>5</b>
<b>Avaliação geriátrica na consulta</b>	
Escala de <i>Barthel</i> – média de pontuação	<b>88,8</b>
Escala de <i>Lawton e Brody</i> – média de pontuação	<b>5</b>
Classificação da Marcha de <i>Holden</i> – média	<b>3,9</b>
Índice de massa corporal – média (kg/m <sup>2</sup> )	<b>20,6</b>
<i>Mini-Mental State Examination</i> – média de pontuação	<b>21,25</b>

## **7. TRABALHOS APRESENTADOS**

---

Semanalmente, à 6ª feira de manhã, era realizada a reunião do Serviço de Medicina do HSFX. Nessa reunião, os internos do serviço e os alunos do 6º ano do Mestrado Integrado de Medicina da Faculdade Nova de Lisboa tinham a oportunidade de apresentar revisões de vários temas e/ou casos clínicos para discussão e aprendizagem.

A aluna, em conjunto com um interno de Medicina Interna, fez uma apresentação intitulada “Breve revisão da terapêutica da osteoporose”.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

O aumento da esperança de vida associa-se a doenças crónicas e dependência nas atividades diárias, exigindo mais cuidados médicos. Os idosos podem ter muitas doenças semelhantes aos mais novos, mas as particularidades inerentes ao envelhecimento fazem com as respostas à própria doença e ao tratamento sejam diferentes.

A Geriatria é a competência médica que melhor responde aos desafios do envelhecimento e capaz de prestar cuidados mais adequados aos idosos. Em Portugal, a Geriatria ainda tem um longo caminho a percorrer, embora já seja reconhecida como Competência pela Ordem dos Médicos desde 2014.

Como Interna de Medicina Interna tornou-se importante procurar e aprofundar conhecimentos na área da Geriatria. Um número significativo de doentes internados e acompanhados na consulta de Medicina têm mais de 65 anos e múltiplas comorbilidades.

Após o 1º ano de Mestrado de Geriatria, na Faculdade de Medicina de Coimbra, decidi fazer estágio numa Unidade de Ortogeriatria, uma vez que privilegia o trabalho em equipa multidisciplinar e aborda doentes complexos no peri e pós-operatório.

Ao longo dos três meses de estágio pude aprimorar e pôr em prática muitos dos conhecimentos teóricos aprendidos ao longo do 1º ano do Mestrado de Geriatria. Também tive oportunidade de desenvolver outras competências que um médico deve ter, nomeadamente a empatia, as competências de comunicação verbal e não-verbal, a compreensão e o estabelecimento de relações de confiança entre médico e doente.

Todo o trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar foi significativo para perceber a importância do trabalho de outros profissionais de saúde no bem-estar dos idosos.

Uma das mais valias deste estágio foi também perceber que nem sempre é fácil pôr em prática tudo o que se aprende na teoria. Por vezes, o tempo urge e não se consegue abordar todos os problemas na consulta, ou nem todos os profissionais e familiares compreendem que a AGG é essencial e leva o seu tempo. Já era claro num Serviço de Medicina Interna, mas neste estágio ficou mais acentuado, que muitos idosos nos chegam com diversos síndromes geriátricas, por vezes esquecidas. Numa UOG muitos doentes são frágeis, polimedicados, com dificuldades na marcha e já com algum défice cognitivo e/ou défice sensorial. Saber identificar essas síndromes e tratá-las é de extrema importância e esse estágio permitiu estar mais atenta, para melhorar a minha prática clínica.

No final deste estágio, considero que consegui atingir os objetivos de formação e que melhorei os conhecimentos na área da Geriatria e que certamente contribuiu muito para o meu crescimento profissional.

## ANEXOS

---

## Classificação Funcional da Marcha de Holden

<b>Categoria</b>	<b>Descrição</b>
<b>Marcha ineficaz 0</b>	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
<b>Marcha dependente Nível II 1</b>	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
<b>Marcha dependente Nível I 2</b>	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
<b>Marcha dependente (com supervisão) 3</b>	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa
<b>Marcha independente (superfície plana) 4</b>	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
<b>Marcha independente 5</b>	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

## Mini Nutricional Assessment – short form

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_

Altura (cm): \_\_\_\_\_

### TRIAGEM

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

0 = diminuição grave da ingesta

1 = diminuição moderada da ingesta

2 = sem diminuição da ingesta

Pontuação: \_\_\_\_\_

B. Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

Pontuação: \_\_\_\_\_

C. Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

Pontuação: \_\_\_\_\_

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

0 = sim 2 = não

Pontuação: \_\_\_\_\_

E. Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves

1 = demência ligeira

2 = sem problemas psicológicos

Pontuação: \_\_\_\_\_

F. Índice de Massa Corporal (IMC) = peso em kg / (estatura em m)<sup>2</sup>

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23

3 = IMC ≥ 23

Se doente acamado:

Circunferência da Perna (CP) em cm

0 = CP menor que 31

3 = CP maior ou igual a 31

Pontuação: \_\_\_\_\_

**Pontuação da Triagem (máximo de 14 pontos)**

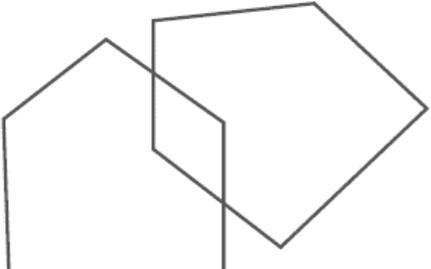
12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Pontuação: \_\_\_\_\_

## Mini Mental State Examination

<p>1. <b>Orientação</b> (1 ponto por cada resposta correta)</p> <p>Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____</p> <p>Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____</p> <p>Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____</p> <p>Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____</p> <p>Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____</p>
<p>2. <b>Retenção</b> (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)</p> <p>“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.</p> <p>Pêra _____ Gato _____ Bola _____</p>
<p>3. <b>Atenção e Cálculo</b> (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)</p> <p>“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.</p> <p>27_ 24_ 21_ 18_ 15_</p>
<p>4. <b>Evocação</b> (1 ponto por cada resposta correta)</p> <p>“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.</p> <p>Pêra _____ Gato _____ Bola _____</p>
<p>5. <b>Linguagem</b> (1 ponto por cada resposta correta)</p> <p>a. “Como se chama isto? Mostrar os objetos:</p> <p>Relógio _____ Lápis _____</p> <p>b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA” _____</p> <p>c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.</p> <p>Pega com a mão direita _____ Dobra ao meio _____ Coloca onde deve _____</p> <p>d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.</p> <p>Fechou os olhos _____</p> <p>e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____</p>
<p>6. <b>Capacidade Construtiva</b> (1 ponto pela cópia correta.)</p> <p>Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____</p> 
<b>Total:</b> _____

Considera-se declínio cognitivo se: Analfabetos:  $\leq 15$ pt; 1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$ pt;

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$ pt

## Escala de Barthel

<p><b>Nome:</b></p> <p><b>Idade:</b></p>
<p><b>1. Alimentar-se</b></p> <p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.</p> <p>10 = Independente (a comida é providenciada)</p>
<p><b>2. Transferências (cadeira /cama)</b></p> <p>0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se</p> <p>5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se</p> <p>10 = Pequena ajuda (verbal ou física)</p> <p>15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)</p>
<p><b>3. Higiene pessoal</b></p> <p>0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal</p> <p>5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)</p>
<p><b>4. Ir à casa de banho (uso de sanitário)</b></p> <p>0 = Dependente</p> <p>5 = Necessita de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho</p> <p>10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)</p>
<p><b>5. Banho</b></p> <p>0 = Dependente</p> <p>5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)</p>
<p><b>6. Mobilidade (deambulação)</b></p> <p>0 = Imobilizado</p> <p>5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.</p> <p>10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)</p> <p>15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)</p>
<p><b>7. Escadas</b></p> <p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão</p> <p>10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)</p>
<p><b>8. Vestir-se</b></p> <p>0 = Dependente</p> <p>5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda</p> <p>10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)</p>
<p><b>9. Evacuar</b></p> <p>0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)</p> <p>5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)</p> <p>10 = Contigente (não apresenta episódios de incontinência)</p>
<p><b>10. Urinar</b></p> <p>0 = Incontinente ou algaliado</p> <p>5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)</p> <p>10 = Contigente (por mais de 7 dias)</p>
<b>Total:</b> _____

**Pontuação:** ≤ 20pt – dependência total; 21-60pt – dependência grave; 61-90pt – dependência moderada; 91-99pt – dependência ligeira; 100pt – independente

## Escala de Lawton & Brody

<p><b>1. Cuidar da casa</b>            Cuida da casa sem ajuda - 1            Faz tudo, exceto o trabalho pesado - 2            Só faz tarefas leves - 3            Necessita de ajuda para todas as tarefas - 4            Incapaz de fazer qualquer tarefa - 5</p>
<p><b>2. Lavar a roupa</b>            Lava a sua roupa - 1            Só lava pequenas peças - 2            É incapaz de lavar a roupa - 3</p>
<p><b>3. Preparar a comida</b>            Planeia, prepara e serve sem ajuda - 1            Prepara se lhe derem os ingredientes - 2            Prepara pratos pré-cozinhados - 3            Incapaz de preparar refeições - 4</p>
<p><b>4. Ir às compras</b>            Faz as compras sem ajuda - 1            Só faz pequenas compras - 2            Faz as compras acompanhado - 3            É incapaz de ir às compras - 4</p>
<p><b>5. Uso do telefone</b>            Usa-o sem dificuldade - 1            Só liga para lugares familiares - 2            Necessita de ajuda para o usar - 3            Incapaz de usar o telefone - 4</p>
<p><b>6. Uso de transporte</b>            Viaja em transporte público ou conduz - 1            Só anda de táxi - 2            Necessita de acompanhamento - 3            Incapaz de usar o transporte - 4</p>
<p><b>7. Uso do dinheiro</b>            Paga as contas, vai ao banco, etc - 1            Só em pequenas quantidades de dinheiro - 2            Incapaz de utilizar o dinheiro - 3</p>
<p><b>8. Medicação</b>            Responsável pela medicação - 1            Necessita que lhe preparem a medicação - 2            Incapaz de se responsabilizar pela medicação - 3</p>
<p><b>Total:</b> _____</p>

### Pontuação:

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