



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2013/2014

Ana Filipa Soares de Albergaria Barbosa
Papéis da equipa de Cuidados de Saúde
Primários no Cuidado aos idosos

março, 2014

FMUP

Ana Filipa Soares de Albergaria Barbosa
Papéis da equipa de Cuidados de Saúde
Primários nos cuidados aos idosos

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Clínica Geral

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Dr. Manuel José Viana Gonçalves da Costa**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da
Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**

março, 2014

FMUP

Eu, Ana Filipa Soares de Albergaria Barbosa, abaixo assinado, nº mecanográfico 200101239, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação:

Ana Filipa Soares de Albergaria Barbosa

NOME

Ana Filipa Soares de Albergaria Barbosa

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

12469755

mimed07267@med.up.pt

919904447

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200101239

2014

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Clínica Geral

TÍTULO ~~DISSERTAÇÃO~~/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Papéis da equipa de Cuidados de Saúde Primários nos cuidados aos idosos

ORIENTADOR

Dr. Manuel José Viana Gonçalves da Costa

COORDINADOR (se aplicável)

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação~~/Monografia (riscar o que não interessa) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2014

Assinatura conforme cartão de identificação: Ana Filipa Soares de Albergaria Barbosa

Aos meus avós, duas estrelinhas no céu a olhar por mim:
ao bondoso e carinhoso Avô Paizinho;
ao Avô Nando, o verdadeiro patriarca, que teria muito
orgulho em me ver médica (está quase!).

Às minhas avós:
à Avó Nanda, a velhinha mais fofinha do mundo;
à amorosa Avó Mãezinha, sempre a torcer pela
minha felicidade.

Aos meus pais, por me darem sempre tudo deles,
por todo o amor, por todas as oportunidades, por
toda a confiança, por todo o incentivo,
sempre!

Papéis da equipa de Cuidados de Saúde Primários nos cuidados aos idosos

Ana Filipa Barbosa¹, Dr. Manuel Viana²

¹Estudante do 6º ano de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

²Assistente graduado de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar de São João e assistente convidado de Medicina Comunitária na Faculdade de Medicina do Porto, Porto, Portugal.

Autor correspondente:

Ana Filipa Barbosa

Telefone: 919904447

E-mail: mimed07267@med.up.pt ou ana.filipa.barbosa@gmail.com

Morada: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Alameda Professor Hernâni Monteiro, 4200 - 319 Porto, PORTUGAL

Papéis da equipa de Cuidados de Saúde Primários nos cuidados aos idosos

The role of the Primary Healthcare team in the care of the elderly

RESUMO

Objetivos: compreender qual a melhor abordagem do idoso pela equipa de cuidados de saúde primários de maneira a promover a melhoria da sua saúde e do seu bem-estar.

Fontes de dados: Base de dados *PubMed* e *UpToDate* e páginas da Direção-Geral de Saúde e Instituto Nacional de Estatística.

Métodos de Revisão: Pesquisa de artigos utilizando os termos *MeSH*: avaliação geriátrica e idoso frágil. Incluídos estudos publicados nos últimos dez anos, realizados em doentes idosos nos cuidados de saúde primários. Excluídos estudos exclusivos em idosos em internamento hospitalar e em idosos com cancro.

Resultados: Foram encontrados 49 artigos que cumpriam os critérios de inclusão, que evidenciaram que o *gold-standard* da intervenção geriátrica é a avaliação geriátrica integral (AGI), um modelo de cuidados aos idosos que contrasta com o modelo biomédico tradicional, sendo multidimensional e composta por uma equipa interdisciplinar. Esta avaliação deve ser realizada em vários domínios, tendo especial atenção aos síndromes geriátricas como a demência, a depressão, as alterações do estado funcional, a malnutrição, as alterações sensoriais, a incontinência urinária, as quedas e o contexto social do idoso. Efetuada corretamente, por exemplo através de instrumentos validados, proporciona cuidados de saúde mais eficazes e apropriados a grupos vulneráveis de idosos, como os frágeis e dependentes, que de outra forma poderiam receber tratamentos insuficientes ou potencialmente inseguros e desadequados, tais como o encarniçamento terapêutico.

Conclusões: A equipa de cuidados de saúde primários tem um papel fundamental nos cuidados aos idosos, sobretudo nos frágeis e dependentes. Contudo a AGI é ainda pouco conhecida e aplicada. É necessário desenvolver formas de aumentar a consciencialização dos clínicos para a saúde dos idosos e aumentar o conhecimento sobre a AGI, de maneira a promover o seu uso para uma melhoria dos cuidados de saúde primários aos idosos e consequentemente uma melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida.

Palavras chave: Avaliação geriátrica, cuidados de saúde primários, idoso, idoso frágil

ABSTRACT

Objectives: To understand the best approach of the elderly by the primary healthcare team in order to promote the improvement of their quality of life and their well-being.

Data source: Data basis PubMed and UpToDate and homepages of the Directorate-General of Health and Statistics Portugal.

Methods: Research of articles using the MeSH terms: geriatric assessment and frail elderly. Studies published in the last ten years, performed in elderly patients in primary care setting were included. Studies performed only in elderly hospitalized and studies exclusively in elderly patients with cancer were excluded.

Results: Results found in 49 articles that met the inclusion criteria, showed that the gold-standard of the geriatric intervention is Comprehensive Geriatric Assessment that provides a contrasting model of care to traditional approaches, being multidimensional and composed by an interdisciplinary team. It should be carried out in various domains, with special attention to the geriatric syndromes as dementia, depression, functional disability, malnutrition, sensorial disabilities, urinary incontinence, falls and the socioenvironmental circumstances. It establishes goal-oriented management plans and ensure that they are reviewed by the team. Done well, for example with the help of well-validated tools and instruments, it delivers effective healthcare to vulnerable groups, like the frail and dependent elderly, who otherwise would have received an ineffective, inefficient and potentially unsafe response, like therapeutic overuse.

Conclusion: The primary care team has an essential role in the management of older adults, mainly the frail and dependent ones. However the CGA is not very explored . It is necessary to develop ways of increasing the awareness of clinicians over the elderly health and ways of increasing the knowledge of CGA, to promote its use for the improvement of the primary geriatric healthcare and consequently improvement of the quality of life and well-being of older adults.

Keywords: Geriatric assessment, primary health care, aged, frail elderly

Artigo de revisão.

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, tem levado a um crescimento significativo de pessoas idosas na população e estima-se que o envelhecimento populacional mundial passe de 461 milhões de pessoas com mais de 65 anos de idade em 2004 para 2 biliões em 2050, o que traz profundas implicações no planeamento e oferta de cuidados de saúde e cuidados sociais.¹

Em Portugal, a par do aumento exponencial da população idosa, estimada em 2011 em 2 010 064 pessoas, tem-se verificado uma diminuição da população mais jovem nas últimas décadas, chegando a população idosa a representar 19% da população total e a população jovem apenas 15%.² Em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos.²

Para além disso, atualmente verifica-se a existência de um número progressivamente superior de pessoas muito idosas, situadas por alguns autores na denominada quarta idade, ou seja, considera-se terceira idade dos 65 aos 79 anos e quarta idade 80 ou mais anos.^{3, 4} A introdução do conceito de quarta idade trouxe maior especificação conceptual neste domínio, sendo hoje notório nas sociedades mais desenvolvidas, que o quadro de vulnerabilidade e dependência associado à velhice começa mais tarde.³ Cada vez mais pessoas aos 65 anos têm mais anos de esperança de vida sem incapacidade e é cada vez mais na segunda velhice e não na primeira, que os problemas da perda de qualidade de vida e da dependência se colocam.³

Como consequência do envelhecimento populacional, o número de pessoas idosas dependentes, por vezes institucionalizadas, tem aumentado, assim como os chamados síndromes geriátricos, que tornam o idoso mais vulnerável, tais como: depressão, alterações cognitivas, alterações funcionais, quedas, imobilidade, úlceras de pressão, incontinência urinária, alterações auditivas e visuais, desnutrição e polimedicação.^{5, 6}

A expressão mais problemática do envelhecimento populacional é a condição clínica de fragilidade. A fragilidade desenvolve-se como uma consequência do declínio em vários sistemas fisiológicos relacionado com a idade, que coletivamente resultam numa vulnerabilidade a uma repentina alteração de saúde desencadeada por um evento agressor *minor*.¹

Na nossa sociedade considera-se, frequentemente, o idoso como um ser dependente e doente, condenando-o, por vezes a uma solidão extrema.⁷ De facto, em Portugal, o número de famílias unipessoais constituídas por uma pessoa idosa representava em 2011

a maior parte das famílias unipessoais e correspondia a cerca de 10% do total de famílias clássicas.²

Estes fatores, requerem que se reflita sobre o envelhecimento e os mecanismos através dos quais se pode promover uma maior qualidade de vida para a pessoa idosa. O declínio da capacidade funcional e a perda da independência não são nem devem ser consideradas consequências inevitáveis do envelhecimento.⁸ É um grande desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, a implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas da população idosa, promovendo a saúde, a autonomia e a independência.⁹ Os médicos de família estão numa posição privilegiada para promover e manter a saúde dos idosos.¹⁰ No entanto, a avaliação médica baseada no modelo tradicional, muitas vezes não é suficiente para avaliar a população idosa com múltiplas comorbilidades.⁶ Os cuidados de saúde com os idosos requerem uma avaliação de múltiplos parâmetros que influenciam a saúde dos idosos, incluindo avaliação física, cognitiva, afetiva, social, financeira e ambiental.⁵ É portanto necessário um programa de deteção e prevenção, seguido, se necessário, de uma intervenção que consiga reduzir ou atrasar o risco de fragilidade na população idosa que vive na comunidade e que é seguida nos cuidados primários.¹⁰

É então objetivo desta revisão compreender qual a melhor abordagem do idoso pela equipa de cuidados de saúde primários de maneira a promover a melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas idosas.

MÉTODOS

Foi efetuada uma pesquisa sistemática qualitativa da literatura publicada em língua portuguesa, espanhola e inglesa, na base de dados PubMed, utilizando-se a *query*: (*comprehensive*[All Fields] AND ("geriatric assessment"[MeSH Terms] OR ("geriatric"[All Fields] AND "assessment"[All Fields]) OR "geriatric assessment"[All Fields])) AND ("loattrfull text"[sb] AND "2004/01/31" [PDat] : "2014/01/27"[PDat]); e a *query*: ("frail elderly"[MeSH Terms] OR ("frail"[All Fields] AND "elderly"[All Fields]) OR "frail elderly"[All Fields]) AND ("loattrfull text"[sb] AND "2004/01/31" [PDat] : "2014/01/27"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms]).

Foi também pesquisada a base de dados *UpToDate*, e consultadas a página da Direção Geral de Saúde para obtenção do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e a página do Instituto Nacional de Estatística.

Alguns artigos foram obtidos a partir das referências dos artigos incluídos.

Foram incluídos estudos publicados entre 31 de janeiro de 2004 e 27 de janeiro de 2014, realizados em doentes idosos, com idade superior a 65 anos, nos cuidados de saúde primários. Foram excluídos estudos que incluíam apenas idosos em internamento hospitalar e estudos exclusivos em idosos com cancro.

A seleção dos artigos foi feita através da leitura do título e do resumo e os artigos selecionados foram lidos integralmente. A figura 1 demonstra o método de inclusão dos artigos.

RESULTADOS

Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

A consciencialização de que o modelo de prestação de cuidados de saúde não se encontrava adaptado às novas necessidades da população idosa, levou o Ministério da Saúde à implementação do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas em 2004. Este programa visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exigindo uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde.⁹ Pretende assim contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos, com especial atenção para a polimedicação, a demência, a depressão, a incontinência, as alterações auditivas e visuais, a saúde oral, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, as fragilidades económicas, entre outros.⁹ Recomenda, igualmente, uma atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação.⁹

Existiram em Portugal experiências nacionais com êxito confirmado na prestação de cuidados primários aos idosos, como é o caso do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, que visava prestar apoio a idosos dependentes.^{9, 11} O PAII englobava projetos de promoção local como o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), para manutenção do idoso dependente no seu ambiente habitual de vida, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos, a Formação em Recursos Humanos (FORHUM), destinado à habilitação de familiares, vizinhos ou voluntários para a prestação de cuidados formais ou informais e o Centro de Apoio a Dependentes (CAD), que consistia em centros de apoio temporário para idosos dependentes na perspetiva da promoção da maior autonomia possível e da continuação de um projeto de vida participativa, criando condições para o retorno ao meio habitual de vida o mais rapidamente possível; e projetos de promoção central como o Serviço Telealarme (STA), para uma resposta eficaz de ajuda quando necessário, os Passes de Terceira Idade, para melhor acesso aos transportes e a Saúde e Termalismo Sénior, com o objetivo de oferecer acesso a tratamentos termais, o contacto com um meio social diferente e a prevenção do isolamento social.¹¹

Contudo, apesar destas diretivas, devido às grandes exigências da agitada prática clínica do médico de família, na maioria das vezes a avaliação geriátrica tende a ser menos global e integral e mais dirigida apenas para os problemas e queixas apresentadas.⁵ Desta forma, síndromes geriátricas como por exemplo alterações funcionais, depressão e demências são frequentemente não diagnosticadas ou inadequadamente tratadas.^{5, 12} Uma abordagem mais estruturada da avaliação geriátrica que englobe uma lista completa e relevante dos problemas médicos, funcionais e psicossociais torna-se, portanto, bastante útil e pode ajudar o clínico a direcionar estes síndromes e a prevenir e controlar as suas complicações.^{5, 12} Um exemplo de uma avaliação geriátrica completa é a Avaliação Geriátrica Integral, que utiliza ferramentas e escalas específicas para ajudar a avaliar os múltiplos parâmetros que contribuem para a saúde do idoso.⁶

O que é a Avaliação Geriátrica Integral?

A Avaliação Geriátrica Integral (AGI), apesar de existir há mais de 20 anos, tendo sido descrita em 1984 pelo Dr. Rubenstein (o pai da avaliação geriátrica integral),¹³ não é um conceito que seja amplamente conhecido e aplicado fora do círculo dos geriatras e especialistas na saúde dos idosos.

A AGI é um processo de avaliação e diagnóstico multidimensional, multidisciplinar e interdisciplinar, que identifica a necessidade de cuidados e desenvolve um plano coordenado de cuidados para maximizar os resultados nos idosos, sobretudo nos idosos frágeis e dependentes.^{5, 14, 15}

É interdisciplinar, na medida em que todos os intervenientes contribuem e ajudam entre si para a avaliação, não podendo ser aplicado isoladamente por um médico, uma enfermeira ou um terapeuta. A equipa pode variar na sua composição, no entanto a maioria dos estudos refere o essencial da equipa como sendo constituída por: um médico (não necessariamente um geriatra) para assegurar que os diagnósticos e tratamentos médicos são aplicados de uma forma segura; uma enfermeira que cobre todos os aspetos de enfermagem dos cuidados de saúde; um terapeuta ocupacional para atividades e planeamento e organização do dia-a-dia; um fisioterapeuta que se foca na mobilidade e reabilitação; e uma assistente social para possíveis intervenções necessárias no âmbito social, realçando a importância do contexto em que se insere o idoso.¹⁵ É importante identificar qual o membro da equipa responsável pela coordenação das diversas

intervenções executadas pelos vários profissionais.¹⁵ O plano de cuidados deve discriminar explicitamente que objetivos se pretende atingir, que elemento é responsável por atingir esse objetivo e estruturar uma linha temporal para revisão de todo o processo, através de reuniões interdisciplinares de reavaliação.¹⁵ A AGI não é uma avaliação única, mas um processo iterativo, sendo essencial que seja revista, e portanto, é fundamental uma comunicação contínua entre todos os elementos da equipa.¹⁵

É multidisciplinar na medida em que tem em conta não só os diagnósticos médicos, mas também por exemplo as alterações funcionais, e os problemas sociais e ambientais que afetam o bem estar do doente idoso.^{12, 15}

A AGI produz uma lista de problemas e desenvolve intervenções com objetivos a atingir. Por fim, promove e coordena um plano integrado de tratamento, reabilitação, suporte e cuidados a longo-termo, definindo o local ideal onde deve ser levada a cabo (domicílio, centro de dia, institucionalização).^{12, 15}

Portanto, a avaliação geriátrica, não se centra apenas nas doenças como o modelo biomédico tradicional faria, ou apenas nas incapacidades como a reabilitação faria, mas em vez disso, engloba uma grande variedade de domínios, descritos no quadro I.¹⁵ A AGI difere então do modelo biomédico tradicional por incluir domínios que não são estritamente médicos, por enfatizar a capacidade funcional e a qualidade de vida e por ser constituída por uma equipa multidisciplinar e principalmente interdisciplinar, isto é, em sinergia.⁵

Alguns clínicos formalizam este processo de avaliação e diagnóstico usando ferramentas e escalas validadas, que estimulam e ajudam a uma prática mais consistente na pesquisa dos síndromes geriátricos.^{5, 6, 15} Muitas vezes os idosos pensam que alguns problemas tais como a incontinência ou as quedas, são consequências normais e inevitáveis do envelhecimento e por esse motivo raramente se queixam ao seu médico de família. As ferramentas de diagnóstico podem assim ajudar a receber mais facilmente essa informação.⁶

Não existe nenhum *gold-standard* das ferramentas de diagnóstico para cada uma das áreas da avaliação geriátrica. Em vez disso, a escolha das ferramentas de avaliação deve depender da situação clínica, dos recursos e do conforto e familiaridade do clínico com a ferramenta ou escala.⁶

1- Avaliação da saúde física

A avaliação física geriátrica é constituída por todas as partes semelhantes ao modelo tradicional da história médica, incluindo problema principal, história da doença atual, antecedentes médicos pessoais, história familiar e social, exame físico e revisão por sistema. Contudo, a abordagem na recolha da história e no exame físico, deve ser específica para o doente idoso e deve ser feita com respeito e pudor. Em particular, na avaliação devem ser incluídos tópicos como: nutrição, visão, audição, continência urinária e fecal, equilíbrio e prevenção de quedas, osteoporose e polimedicação, para evitar a iatrogenia.⁵ O quadro II é um exemplo de um exame físico focado no doente idoso.⁵

1.1) Nutrição

O termo malnutrição refere-se tanto a nutrição deficiente (ex., proteínas, vitaminas, calorias), como excessiva (ex., obesidade, hipervitaminoses) que pode colocar o idoso em risco de outras condições de saúde, declínio funcional e morte.^{6, 16}

A avaliação nutricional é muito importante, uma vez que a ingestão inadequada de calorias, vitaminas e micronutrientes é muitas vezes inadequada nas pessoas idosas.⁵ Um grande problema da atualidade é a obesidade, que está associada com declínio funcional e diversas comorbilidades como diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensão arterial e osteoartrite.⁶ Pelo contrário, apesar de uma perda ponderal acentuada poder ser voluntária, o emagrecimento num idoso deve ser sempre pesquisado, pois pode indicar uma doença como causa (ex. neoplasia ou depressão) ou barreiras sociais (ex. pobreza, incapacidade de comprar ou preparar refeições).⁶ Para além disso, várias condições médicas podem predispor o idoso a deficiências de vitaminas e minerais. Estudos demonstram que as vitaminas A, C, D, e B₁₂, cálcio, ferro e zinco, estão muitas vezes deficientes na população idosa, mesmo na ausência de condições como anemia perniciosa ou malabsorção.¹⁷

A avaliação nutricional deve ser composta por: (1) história nutricional apoiada por uma *checklist*; (2) o registo da ingestão habitual do idoso em 24 horas; (3) exame físico com particular atenção a sinais associados com nutrição inadequada ou exagerada; (4) se aplicável, seleção de exames laboratoriais.⁵ Existem várias ferramentas que ajudam na avaliação nutricional, tais como o *Mini-Nutricional Assessment*¹⁸ ou o *Nutricional Health Checklist*.⁶

1.2) Diminuição da acuidade auditiva

A diminuição da acuidade auditiva afeta mais de um terço das pessoas com mais de 65 anos e pode influenciar a capacidade funcional e a vida social do idoso.¹⁹ Muitas vezes o idoso não se queixa, não é diagnosticada e portanto não é tratada. Existem vários métodos que podem ajudar a avaliar a acuidade auditiva, como por exemplo o teste de sussurrar palavras no ouvido do idoso e pedir para repetir.⁶ Em caso de diminuição da acuidade, o idoso deve ser encaminhado para um especialista.⁶ Infelizmente, muitas vezes são necessárias próteses auditivas, cujo preço se torna inacessível a uma grande franja da população.

1.3) Alterações visuais

As alterações visuais são um déficit sensorial comum na população idosa, sendo as principais doenças oftalmológicas as cataratas, o glaucoma, a retinopatia diabética, a degeneração macular e a presbiopia.^{6, 20} As alterações visuais estão também associadas ao risco aumentado de queda, declínio funcional e depressão.²¹ Devido à alta prevalência de doenças oftalmológicas na população idosa e das suas potenciais consequências adversas, no caso de patologia é recomendada uma visita a um oftalmologista a cada 1 ou 2 anos.⁶

1.4) Incontinência Urinária

A incontinência urinária é reportada com pouca frequência pelos idosos, muitas vezes devido ao embaraço e constrangimento que causa ao idoso ou pela crença de que a incontinência é um acontecimento normal do processo de envelhecimento. De facto, é um problema bastante comum tanto em mulheres como em homens idosos e pode levar a efeitos deletérios nas suas vidas, incluindo infeções urinárias, interrupções do sono com consequentes quedas e úlceras de pressão.⁶ É também um indicador de maior mortalidade nos idosos.²²

Um método eficiente e simples para avaliar a presença de incontinência urinária é um questionário de 2-items: (1) “No último ano, alguma vez perdeu urina ou ficou húmido devido à perda de gotas de urina?”; Se sim, (2) “Perdeu urina em 6 dias separados?”. Outra questão simples como “Tem incontinência urinária que interfira com a sua qualidade de vida e para a qual gostaria de saber como pode ser tratada?” pode ajudar a determinar que doentes gostariam e beneficiariam de uma avaliação mais profunda e de tratamento.⁶

Nos idosos, para além da incontinência de esforço ou da incontinência de imperiosidade, é também necessário ter em atenção a outro tipo diferente de incontinência – a incontinência funcional.²³ Este tipo de incontinência é causada por incapacidades físicas e funcionais, como por exemplo dificuldades de marcha e mobilidade devido a patologias articulares e outras comorbilidades, que tornam a chegada à casa de banho mais difícil e demorada, levando assim à perda de urina antes que o idoso consiga alcançar a casa de banho.^{23, 24} Outra situação comum é quando o idoso apresenta dificuldades motoras de destreza, como por exemplo dificuldade a desabotoar e despir o vestuário, podendo assim sofrer perda de urina antes de se encontrar nas condições pretendidas.²⁴

O tratamento da incontinência funcional pode então passar por estratégias práticas como o uso de uma cadeira sanitária junto da divisão da casa que o idoso mais utiliza, para que tenha um acesso mais rápido e facilitado ao sanitário, ou pelo uso de vestuário mais prático e simples de despir e desabotoar, como vestuário com velcros, quando o idoso apresenta dificuldades motoras de destreza.²⁴

É por isso muito importante que o médico dos cuidados de saúde primários esteja atento a estas situações e que proponha estratégias práticas, uma vez que estas podem melhorar bastante a qualidade de vida do idoso.

1.5) Equilíbrio e prevenção de quedas

As quedas são uma ameaça à vida, saúde e independência dos idosos. Estas são causadas por interações complexas entre múltiplos fatores de risco que podem ser intrínsecos (isto é, relacionados com o idoso) ou extrínsecos (relacionados com o ambiente).²⁵ Estima-se que mais de um terço dos idosos que vivem na comunidade, sofre pelo menos uma queda por ano, muitos sofrendo quedas múltiplas vezes.²⁶ As quedas são a causa principal de hospitalização e morte relacionada com traumatismos em idosos com mais de 75 anos.²⁷

Uma vez que os idosos também atribuem as quedas ao processo normal do envelhecimento e que muitas vezes não as reportam, o médico dos cuidados de saúde primários tem um papel muito importante em pesquisar o risco de queda e deve questionar os seus doentes idosos se sofreram alguma queda no último ano.²⁵ Testes de marcha e equilíbrio podem ajudar o médico a avaliar o risco de queda. O teste de avaliação de marcha e equilíbrio Índice de *Tinetti*, mais demorado ou o teste *up and go*,²⁸ mais rápido e simples, são ferramentas muito úteis. O teste *up and go* é mais simples e envolve observar e cronometrar a capacidade do idoso se levantar de uma cadeira sem a ajuda dos seus braços, caminhar 3 metros, dar a volta e caminhar de novo para a cadeira,

regressando à posição inicial. Todo este processo deve demorar menos de 16 segundos.^{5, 6}
²⁹ Os idosos que têm dificuldade em realizar este teste, apresentam um risco aumentado de queda e necessitam de avaliação adicional e detalhada, incluindo revisão de todos os medicamentos, avaliação mais profunda da marcha e equilíbrio pelo teste de *Tinetti*, medição da pressão arterial sentado e em pé, para despiste da hipotensão ortostática e avaliação da visão.^{6, 30}

Os idosos podem diminuir o seu risco de queda através de exercício e terapia física, nomeadamente fortalecimento muscular, uma avaliação da segurança na habitação e alteração da medicação, nomeadamente da medicação psicotrópica.⁵ Existem documentos estruturados que podem ajudar o médico na avaliação e seguimento destes idosos (figura 2; *download* pode ser feito de <http://www.geronet.ucla.edu/professionals/patient-care-resources>).⁶

1.6) Polimedicação e risco de iatrogenia

A polimedicação, isto é, o uso de múltiplos fármacos ou a administração de mais fármacos do que os clinicamente indicados, é comum nos idosos.³¹ Entre a população idosa, muitas admissões hospitalares e muitos problemas preveníveis como quedas e confusão, estão relacionados com a polimedicação e os efeitos adversos dos fármacos.³² Os idosos são particularmente vulneráveis aos efeitos adversos dos fármacos, uma vez que a idade está associada a alterações de farmacocinética e farmacodinamia que podem alterar o metabolismo dos fármacos.³¹ Para além disso, outras condições como comorbilidades, limitações cognitivas e funcionais e o facto de muitas vezes os idosos recorrerem a mais do que um médico especialista obtendo prescrições de todos, aumentam o risco de reações adversas.³³ Os efeitos adversos na população idosa podem muitas vezes ser preveníveis e por isso é imperativo que o médico realize a monitorização e a revisão de toda a medicação do idoso em todas as consultas de cuidados de saúde primários.^{6, 31} Existem várias abordagens e programas que podem ser usados para detetar e prevenir a ocorrência de efeitos adversos dos fármacos e iatrogenia nos idosos, incluindo revisão da medicação, evitar o uso de medicamentos potencialmente inapropriados e sistemas de prescrição eletrónica. Um exemplo são os critérios de *Beers*, que foram revistos e atualizados pela Sociedade Americana de Geriatria em 2012, que identifica uma lista de 53 medicamentos inapropriados ou classes de fármacos divididos em três categorias: fármacos potencialmente inapropriados para evitar na dependência de comorbilidades,

fármacos potencialmente inapropriados para evitar em idosos com certas doenças e síndromes e medicações para serem usadas com precaução.³⁴ Limitações dos critérios de *Beers* incluem o facto de eles terem sido desenvolvidos para serem aplicados na população de idosos que vive nos Estados Unidos e o facto de não contarem com diferenças na política e marketing farmacêuticos dos outros países.³¹

Mais recentemente, foi desenvolvido um instrumento de deteção de fármacos potencialmente inapropriados chamado *STOPP (Screening Tool of Older Persons Prescriptions)* e de deteção de fármacos potencialmente benéficos cuja prescrição está indicada, chamada *START (Screening Tool to Alert doctors to Right, i.e. appropriate, indicated Treatment)*.³⁵

2-Avaliação da capacidade funcional

A capacidade funcional pode ser vista como uma medida do impacto de todas as condições de saúde do doente no seu contexto ambiental e social.⁶ É por isso essencial avaliar o estado funcional do idoso na visita aos cuidados de saúde primários e qualquer alteração na capacidade funcional deve ser melhor investigada. Esta pode ser avaliada em três níveis: as atividades básicas da vida diária (ABVD), as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e as atividades avançadas da vida diária (AAVD).⁶ As atividades básicas da vida diária são atividades de auto cuidados, que os doentes necessitam de ser capazes de completar por si só ou de ter assistência para completar, de maneira a serem capazes de viver nas suas próprias residências, como por exemplo comer, tomar banho, vestir e despir, usar os sanitários, entre outros.⁶ O índice de *Barthel* é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. O Índice de *Barthel* está já validado para a população portuguesa.³⁶

Quanto às atividades instrumentais da vida diária, correspondem a atividades que são necessárias para manter uma vida doméstica independente e de relação com o meio ambiente como: comprar géneros alimentícios, conduzir ou ter capacidade de usar os transportes públicos, conseguir telefonar, preparação de refeições, lavar as suas roupas, tomar a medicação e lidar com as suas finanças. Um instrumento que pode ser usado pelo médico de cuidados de saúde primários para avaliar as atividades instrumentais é a escala de *Lawton*.³⁷

O idoso pode ser dependente para mais que uma atividade instrumental, mas mesmo assim ter capacidade de viver sozinho, uma vez que é independente nas suas atividades básicas e tem suporte familiar por exemplo para pagar as contas ou transportá-los.⁶

Compreender as áreas de incapacidade é essencial para ir ao encontro das necessidades do idoso com os recursos apropriados, ajudando também no diagnóstico. Por exemplo, num doente com demência, a incapacidade de se alimentar sozinho normalmente é indicativa de demência avançada.⁶ A avaliação das atividades avançadas da vida diária, como tarefas sociais, familiares, recreativas e ocupacionais, também podem ser úteis para detetar alterações no estado funcional do idoso mesmo antes do estabelecimento da incapacidade.⁶

3-Avaliação da função cognitiva

Um diagnóstico precoce de demência, permite que o idoso tenha atempadamente acesso ao tratamento farmacológico mais apropriado e que se melhore a sua segurança, proporcionando recursos para a assistência nas atividades básicas e instrumentais em que apresenta dificuldades.^{5, 6} A deteção precoce também pode ajudar os familiares no planeamento a longo-tempo, incluindo a identificação de preferências para suporte de cuidados e suportes financeiros que serão muito importantes à medida que a doença progride.^{5, 6} Porém, apenas cerca de 50% dos casos de demência são diagnosticados nos cuidados de saúde primários.³⁸ Existem vários instrumentos e testes disponíveis para a avaliação da função cognitiva, como por exemplo o *Mini-Mental State Examination*, o teste do relógio (*Clock Drawing Test*), o *Mini-Cognitive Assessment* e o teste de MoCA (*Montreal Cognitive Assessment, MoCA*).⁶ O *Mini-Mental* teste é um instrumento validado e traduzido para a população portuguesa, sendo normalmente o mais utilizado, e consiste numa avaliação de 30 itens, cujo resultado pode no entanto depender da idade e do nível educacional e de instrução.⁶ O teste de relógio ajuda a avaliar funções executivas superiores e é menos influenciado pelos níveis educacionais e culturais.⁶ O teste de relógio deve ser efetuado em conjunção com o *Mini-Mental* teste, uma vez que o primeiro deteta défices nas funções de execução e visioconstrução, enquanto o segundo avalia funções como a orientação, a memória e a linguagem. Assim, o teste de relógio pode ser mais útil que o *Mini-Mental* teste na deteção de estados precoces de demência. Este teste pode ser usado como uma ferramenta simples e rápida de avaliação de demência nos cuidados de saúde primários.³⁹ O médico de família pode também usar o instrumento de avaliação

Mini-Cognitive, muito útil nos cuidados primários devido à sua rapidez, conveniência e exatidão, e também pelo facto de não ser influenciado pelos níveis educacionais (quadro III).⁵ O teste de MoCA é um instrumento desenvolvido para avaliação de formas mais suaves de alterações cognitivas e para a demência frontotemporal, tendo ultrapassado as limitações conhecidas do *Mini-Mental* teste, sendo mais sensível mas menos específico, representando assim uma boa opção como instrumento de avaliação da função cognitiva dos idosos.⁴⁰

Contudo, é importante referir que ter um resultado perfeito em qualquer um dos testes de avaliação cognitiva, não exclui totalmente o diagnóstico de demência. O resultado da avaliação funcional deve ser interpretado conjuntamente com a avaliação cognitiva de maneira a diagnosticar o nível de demência.⁶ Idosos com elevados níveis educacionais podem ter resultados perfeitos, mas apresentar deficiências nas capacidades de julgamento e juízo. Por outro lado, alguns idosos podem ter resultados menos bons nos testes de avaliação devido a barreiras educacionais e de linguagem, mas ter ótimas performances quando avaliados mais profundamente.⁶

4-Avaliação da saúde mental

Existe uma prevalência elevada de perturbação mental na velhice, e a que predomina entre estas perturbações é a depressão. A depressão nos idosos pode ser subestimada porque muitos deles minimizam os sintomas psicológicos e atribuem as perturbações de sono, fadiga, falta de apetite e outros sintomas somáticos da depressão a doenças fisiológicas.³ A depressão do idoso apresenta um alto grau de somatização. Adicionalmente, a depressão é mais facilmente ignorada pelos profissionais de saúde no idoso do que na população mais jovem, devido ao enfraquecimento fisiológico e às doenças inerentes ao envelhecimento e também muitas vezes pelo curso da depressão ser atípica, não apresentando os idosos um humor depressivo óbvio em primeiro plano, mostrando apenas agitação, irritação e sintomas somáticos.³ É por isso papel fundamental da equipa de cuidados de saúde primários, avaliar a saúde mental do idoso e também agir de modo preventivo, por exemplo estimulando a prática e desenvolvimento de atividades de lazer, que se tem mostrado como um fator crucial na vida dos idosos, e combatendo o isolamento social. O lazer e o contacto social para além de contribuírem para um melhor estado de espírito, pode, no caso dos mais idosos, minorar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento.³

Existem vários instrumentos validados para avaliar a depressão nos idosos, sendo o mais simples e mais vezes usado, a “*Geriatric Depression Scale*” (GDS) - Escala Geriátrica de Depressão, já validada para a população portuguesa na sua versão de 30-itens.^{3, 41} A GDS tem um formato de resposta dicotómica, sim ou não, e pode ser lida ao idoso numa entrevista ou pode ser preenchida de forma independente, apresentando também versões mais curtas de 15-itens e 5-itens.^{3, 6} Contudo, um instrumento simples de apenas duas questões (“Durante o último mês, alguma vez se sentiu incomodado por sentimentos de tristeza, depressão ou falta de esperança?” e “É muitas vezes incomodado por falta de interesse ou prazer ao fazer as suas atividades?”) pode ser tão eficaz quanto as escalas maiores.⁴² Uma resposta positiva a uma ou às duas questões é considerado teste positivo para depressão e requer avaliação mais aprofundada.^{5, 6}

5- Avaliação social

Os fatores que afetam as circunstâncias sociais dos idosos incluem a sua rede de interação social, os recursos de suporte disponíveis, necessidades especiais e segurança no seu ambiente.⁵ Há um grande grau de interdependência entre a situação social do idoso e o seu estado funcional. Por exemplo, um idoso que seja dependente para as atividades básicas ou instrumentais da vida diária, tem que ter um suporte social ou financeiro que vá ao encontro das suas necessidades.⁶ É, portanto, papel da equipa de cuidados de saúde primários avaliar estas situações sociais e assegurar que o idoso tem o suporte necessário. Por exemplo se um idoso é saudável, mas não tem qualquer suporte social (da família ou de amigos), o médico de família deve questionar o idoso sobre quem o poderia ajudar em caso de maior necessidade. No caso de um idoso dependente para as suas atividades funcionais, é importante questionar quem o ajuda a efetuar cada tarefa, de maneira a entender se tem o suporte necessário. Para além disso, por exemplo visitas da assistente social à casa do idoso, podem revelar o nível de suporte do idoso e se este está ou não adequado.⁶

Para além disso, os problemas económicos tão comuns hoje em dia, têm um papel na subnutrição do idoso e na dificuldade em comprar todos os seus medicamentos.⁶ É mais uma vez papel da equipa de cuidados primários, investigar se o idoso tem apoio económico e social suficiente e por exemplo tentar adequar a sua prescrição às possibilidades do idoso.

Estratégia comum para os síndromes geriátricos

Os síndromes geriátricos são multifatoriais e estão interrelacionados, partilhando fatores de risco entre si. Por exemplo, a depressão ou diminuição do bem estar é um fator de risco para quedas, diminuição da capacidade cognitiva e malnutrição.⁴³ Portanto, uma abordagem integral e global, focada nas vias associadas aos fatores de risco comuns deverá ser eficaz no cuidado aos idosos com síndromes geriátricos.⁴⁴ Uma estratégia global e multidisciplinar muito importante é a promoção e prescrição de exercício físico, incluindo treino de força muscular, principalmente dos membros inferiores e também exercício aeróbio, supervisionado por profissionais habilitados.⁴³ A intervenção pelo clínico geral para ser eficaz deve incluir prescrição escrita de exercícios, tendo em conta todos os objetivos como por exemplo aumento da força muscular e melhoramento do equilíbrio, deve ter em consideração cada idoso com as suas barreiras e apoios individuais para se tornar fisicamente ativo e deve demorar o tempo suficiente para uma intervenção de alta qualidade.⁴⁵

É também fundamental uma intervenção psicológica, através de aconselhamento, terapia de grupo, terapia cognitiva comportamental e promoção de contacto social e atividades de lazer.⁴³ O suporte social do idoso não deve ser esquecido e deve sempre ser verificado e adequado às suas necessidades.

Existem depois estratégias direcionadas para cada um dos síndromes, mas que por estarem relacionados entre si, a eficácia num síndrome em particular poderá revelar eficácia noutros.

É então premente que a equipa de cuidados de saúde primários institua estas estratégias junto dos idosos com síndromes geriátricos de maneira a melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida. O clínico geral deve mudar a sua estratégia de tratamento dirigido apenas para a doença em questão, para uma promoção proativa da saúde e prevenção da doença, incluindo promoção de atividade física.⁴⁵

A eficácia da intervenção geriátrica nos cuidados primários

Apesar de alguns estudos mostrarem que a AGI confere benefícios em alguns aspetos específicos da saúde em idosos internados, o valor da AGI em idosos que vivem na comunidade e que portanto recorrem aos cuidados de saúde primários, mantem-se ainda controverso.¹⁰

Num ensaio clínico em que a AGI foi aplicada nos cuidados de saúde primários, verificou-se que entre os idosos a viver na comunidade com alterações da capacidade funcional, incontinência urinária, quedas ou sintomas depressivos, os que aleatoriamente fizeram parte da intervenção geriátrica integral, apresentaram menor declínio funcional, menos fadiga e melhores capacidades sociais durante um período de 15 meses quando comparados com o grupo controlo.⁴⁶ Noutro ensaio randomizado, que avaliou a AGI seguida de seis meses de cuidados primários interdisciplinares versus os cuidados primários habituais numa população idosa em risco de uma grande utilização de cuidados de saúde, os que aleatoriamente pertenciam ao grupo da equipa interdisciplinar reduziram o seu declínio funcional, depressão e uso de serviços de saúde, quando comparados com o grupo controlo.⁴⁷

Existem também exemplos de sucesso da AGI aplicada aos cuidados de saúde primários com equipas interdisciplinares: o modelo “*Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE)*” inclui uma AGI domiciliária e um acompanhamento de cuidados a longo-termo por uma equipa interdisciplinar constituída por um enfermeiro e um assistente social que colaboram com o médico dos cuidados primários.⁴⁸ Num ensaio randomizado com idosos de baixo rendimento, os que aleatoriamente fizeram parte da intervenção *GRACE* apresentaram melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde e recorreram menos vezes a serviços de urgência. Os idosos com maior risco de hospitalização também tiveram menos admissões hospitalares.⁴⁸

Contudo, vários estudos controlados demonstram que adicionar uma intervenção geriátrica ao modelo biomédico tradicional na prática dos cuidados primários, reduz a mortalidade, as admissões em instituições e a necessidade de cuidados domiciliários a idosos, mas sendo apenas estatisticamente significativo no subgrupo de idosos em risco de fragilidade.¹⁰ Uma intervenção geriátrica aplicada aos cuidados primários, reduz a morbilidade e mortalidade dos idosos em risco de fragilidade e aumenta a proporção de idosos que reverterem o seu estado inicial de risco de fragilidade.¹⁰ Torna-se assim essencial definir e perceber o conceito de fragilidade e perceber a melhor forma de identificar os idosos frágeis nos cuidados de saúde primários.

Conceito de fragilidade nos cuidados de saúde primários

Fragilidade é a expressão mais problemática do envelhecimento da população. É um estado de vulnerabilidade devido a uma fraca resolução da homeostasia após um evento de *stress* e é a consequência da acumulação de défices em vários sistemas fisiológicos durante toda a vida.¹ Esta acumulação de défices leva à depleção das reservas homeostáticas do idoso, até que apenas um evento *minor* de *stress*, como por exemplo uma infeção urinária ou a introdução de um novo medicamento, leva a alterações desproporcionadas no seu estado de saúde.¹ A figura 3 mostra o estado de vulnerabilidade em forma de diagrama e a figura 4 é uma representação esquemática da patofisiologia da fragilidade.¹

No quadro IV estão representadas as apresentações clínicas mais frequentes de fragilidade, que devem por isso ter especial atenção por parte da equipa de cuidados de saúde primários.¹

A fragilidade nos idosos coloca um desafio para o médico dos cuidados primários, que pode muitas vezes sentir-se impressionado e alarmado com a complexa apresentação e estado de saúde tão delicado e frágil do idoso. Porém, por outro lado, o médico de família encontra-se numa posição ideal para incorporar o conceito de fragilidade na sua prática clínica, uma vez que apresenta disposição, capacidades e experiência para estabelecer cuidados centrados no doente, tendo em conta as subtilezas individuais da saúde de cada idoso e o contexto social de cada um.⁴⁹ Dar um nome à complexidade, isto é, dar um nome ao sentimento de preocupação e ao desafio que muitas vezes acompanha os cuidados aos idosos frágeis, pode ajudar o médico a tomar decisões clínicas e decisões de tratamentos mais recomendados no contexto da fragilidade e dos seus riscos.⁴⁹ Pode, portanto, ajudar na decisão de intervenções mais adequadas e evitar intervenções inapropriadas que poderiam ser efetuadas levando a piores resultados, caso o estado funcional e de fragilidade não fosse reconhecido e levado em conta, como por exemplo o encarniçamento terapêutico.⁵⁰ Além disso, adotar o conceito de fragilidade nos cuidados de saúde primários tem o potencial de poder permitir a identificação precoce de idosos em risco de fragilidade ou idosos que se movem entre o estado de em risco de fragilidade e o estado de fragilidade.⁴⁹

Adicionalmente, a medicina preventiva é o componente nuclear dos cuidados de saúde primários e da medicina familiar, e se a fragilidade do idoso fosse entendida como

podendo ser alterada e prevenida através de medidas preventivas, poderia então ser incorporada na estrutura da medicina preventiva já existente.⁴⁹

Têm sido extensivamente estudadas várias ferramentas e instrumentos para identificar fragilidade nos cuidados primários, no entanto os instrumentos já existentes, como o Índice de Fragilidade ou o Fenótipo de Fragilidade de *Fried*, não correspondem às necessidades dos médicos de família.⁵¹ Ainda não há consenso sobre a definição ótima de fragilidade e que instrumento usar, mas o que é certo é que o instrumento ótimo será o que melhor se adaptar às necessidades dos utilizadores, isto é, dos médicos dos cuidados primários.⁵¹ Recentemente, foi validado um instrumento para identificação do idoso frágil nos cuidados primários, o *EASY-Care Two-step Older persons Screening (EASY-Care TOS)*, que para além de ter em conta vários domínios como doenças, medicação, função cognitiva, estado funcional, visão e audição, mobilidade, bem-estar mental e contexto social, tem também em conta a visão do médico de família baseado no conhecimento prévio do idoso e das suas comorbilidades e incapacidades, por exemplo através dos seus registos clínicos.⁵¹ Este instrumento, que conta com o trabalho sinérgico de um médico e um enfermeiro, parece estar bastante adaptado às necessidades dos cuidados de saúde primários na identificação de idosos frágeis que podem ter benefícios com cuidados mais integrados e proativos.⁵¹

Infelizmente, a identificação de idosos frágeis e o uso de fragilidade como uma categoria diagnóstica tem sido minimamente utilizada e desenvolvida em medicina familiar e nos cuidados de saúde primários.⁴⁹ No entanto, o que é claramente preferível é que o estado de fragilidade do idoso seja de alguma forma levado em conta do que não seja de todo⁴⁹ e que futuramente o conceito e diagnóstico de fragilidade seja mais explorado e mais amplamente usado nos cuidados de saúde primários.

O papel do cuidador

Quando se aborda os cuidados de saúde aos idosos frágeis e dependentes, não se pode esquecer do binómio idoso-cuidador. O cuidador assume um papel fundamental como importante auxiliar na prestação de cuidados ao idoso que permanece na comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do idoso a quem presta cuidados e constituindo uma mais valia na redução de custos com a saúde pelo Serviço Nacional de Saúde.⁵² Contudo, o cuidador, nomeadamente o cuidador informal, cujo papel

infelizmente é socialmente pouco visível e valorizado, apresenta uma maior suscetibilidade a desenvolver doenças relacionadas com o ato de cuidar, como por exemplo a depressão, sentindo muitas vezes sentimentos de frustração e tristeza.^{52, 53} De facto, muitos cuidadores podem sofrer a sobrecarga do cuidador, definida como uma resposta multidimensional a agressores físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros associados ao ato de cuidar e que se associa a depressão, esgotamento e diminuição da qualidade de vida do cuidador e consequentemente também a uma menor qualidade de vida do idoso e a uma institucionalização precoce.⁵³ Torna-se assim essencial a avaliação e monitorização do grau de sobrecarga do cuidador pela equipa de cuidados de saúde primários. Existem várias escalas e instrumentos que, conjuntamente com uma avaliação clínica, podem prever quais os cuidadores em risco significativo de sobrecarga, como o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), ou a Entrevista de Sobrecarga de Zarit (*Zarit Burden Interview*).^{52, 53} O QASCI é um instrumento que reúne critérios de validade, fidelidade e estabilidade para avaliar a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais, incluindo 32 itens que integram 7 dimensões: implicações na vida pessoal do cuidador, satisfação com o papel e com o familiar, reações a exigências, sobrecarga emocional relativa ao familiar, suporte familiar, sobrecarga financeira e percepção dos mecanismos de eficácia e de controlo.⁵² A Entrevista de Sobrecarga de Zarit⁵⁴, é uma das escalas mais utilizadas para avaliar a sobrecarga do cuidador de idoso com demência, sendo constituída por um questionário de 22 itens sobre o impacto das incapacidades do idoso na vida do cuidador.⁵³

A sobrecarga do cuidador é um problema com que a equipa de cuidados de saúde primários se depara muitas vezes, sendo assim importante a sua prevenção e deteção precoce.⁵³ Quando é identificada, a equipa dos cuidados de saúde primários deve oferecer intervenções ativas ao cuidador como informação detalhada sobre a doença do idoso (por exemplo sobre a demência), estimular o envolvimento de vários membros da família, estimular a família a identificar recompensas na prestação de cuidados, oferecer avaliações do ambiente da casa para deteção de problemas que interfiram com a segurança e que possam facilitar a prestação de cuidados, e oferecer ajuda em grupos de suporte e apoio.⁵³ Contudo, é muito importante reconhecer quando a institucionalização é a escolha mais apropriada para a saúde e bem-estar do cuidador, que na maioria das vezes é também uma pessoa idosa.⁵³

CONCLUSÃO

Os cuidados de saúde primários encontram-se numa posição privilegiada em relação a outras especialidades, na medida em que têm um foco e uma visão mais alargada sobre o doente idoso. A equipa de cuidados primários têm pois um papel crítico e fundamental nos cuidados aos idosos, sobretudo nos idosos frágeis e dependentes.⁴⁹

Para muitas pessoas, um extenso período das suas vidas será durante a velhice e possivelmente em períodos de fragilidade, necessitando de cuidados adequados e cujo foco seja no próprio idoso e não apenas nas suas doenças.⁴⁹ Este deve ser o lema e a marca dos cuidados de saúde primários – o doente em vez da doença.

Apesar do aumento da população idosa, infelizmente não é esperado que aumentem os médicos com apetências geriátricas face ao atual sistema de educação médica. Por exemplo a AGI não é uma ferramenta muito popular nos círculos dos cuidados de saúde primários. É, pois, importante desenvolver formas de aumentar a consciencialização dos clínicos para a saúde dos idosos e aumentar o conhecimento sobre a AGI, de maneira a promover o seu uso para uma melhoria dos cuidados de saúde primários aos idosos.²⁰

A AGI é o *gold-standard* para a avaliação e cuidados aos idosos, no entanto é um processo que exige bastante experiência e tempo, o que representa uma limitação prática para os atarefados médicos de família. No futuro espera-se que, com os avanços da tecnologia e dos registos clínicos eletrónicos, a implementação das estratégias e dos instrumentos validados anteriormente descritos, se torne mais simples, menos demorada e mais frequente. Desta forma, através deste tipo de avaliação por parte da equipa de cuidados de saúde primários, os idosos irão beneficiar de uma equipa interdisciplinar que estará efetivamente a avaliá-los em todos os seus contextos e a gerir de uma forma ativa os seus cuidados de saúde.⁵

REFERÊNCIAS

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
2. Censos 2011: Instituto Nacional de Estatística; 2012 [updated 20 Novembro 2012; cited 2014 5 Janeiro 2014]. Available from: www.ine.pt.
3. Almeida L, Quintão S. Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Med Port*. 2012;25(6):350-8.
4. Oliveira S, Freire S, Giaretta V. Análise da depressão em idosas institucionalizadas. XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica; São Paulo: Universidade do Vale do Paraíba 1999.
5. Elsayy B, Higgins K. The Geriatric Assessment. *Am Fam Physician*. 2011;83(1):48-56.
6. Rosen S, Reuben D. Geriatric Assessment Tools. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 2011;78:489-97.
7. Ribeirinho C. Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio. Lisboa 2005.
8. Heflin M. Geriatric health maintenance: UpToDate; 2013 [updated 5 November 2013; cited 2013 19 November 2013]. Available from: www.uptodate.com.
9. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde; 2004.
10. Monteserin R, Brotons C, Moral I, Altimir S, San Jose A, Santa Eugenia S, et al. Effectiveness of a geriatric intervention in primary care: a randomized clinical trial. *Family practice*. 2010;27(3):239-45.
11. Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), Instituto de Segurança Social 2012 [cited 2013 Novembro 2013]. Available from: <http://www4.seg-social.pt/programa-de-apoio-integrado-a-idosos-paii>.
12. Ward K, Reuben D. Comprehensive geriatric assessment UpToDate 2012 [updated 3 October 2012; cited 2013 19 November 2013]. Available from: www.uptodate.com.
13. Rubenstein L, Josephson K, Wieland G, English P, Sayre J, Kane R. Effectiveness of geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *New England Journal of Medicine*. 1984;311(26):1664-70.
14. Senda K, Osuga Y, Satake S, Nakashima K, Okamura K, Endo H, et al. Report from Sepulveda: A visit to the California Geriatric Evaluation Unit and Dr Rubenstein (the father of the Comprehensive Geriatric Assessment). *Geriatrics & gerontology international*. 2011;11(1):131-2.
15. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment - a guide for the non-specialist. *International journal of clinical practice*. 2014;68(3):290-3.
16. Reuben D, Greendale G, Harrison G. Nutrition screening in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1995;43:415-25.
17. Kiseljak-Vassiliades K, Aoun P, Gamber S. Basic nutrition for successful aging: part II. *Clin Geriatr*. 2006;14(5):29-35.
18. Guigoz Y, Lauque S, Vellas B. Identifying the elderly at risk of malnutrition: the Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med*. 2002;18:737-57.

19. Dalton D, Cruickshanks K, Klein B. The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *Gerontologist*. 2003;43:661-8.
20. Arai H, Ouchi Y, Yokode M, Ito H, Uematsu H, Eto F, et al. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatrics & gerontology international*. 2012;12(1):16-22.
21. Mitchell J, Bradley C. Quality of life in age-related macular degeneration: a review of the literature. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:97.
22. Johnson T, Bernard S, Kincade J. Urinary incontinence and risk of death among community-living elderly people: results from the National Survey on Self-Care and Aging. *J Aging Health*. 2000;12:25-46.
23. Omli R, Hunskaar S, Mykletun A, Romild U, Kuhry E. Urinary incontinence and risk of functional decline in older women: data from the Norwegian HUNT-study. *BMC Geriatrics*. 2013;13(47).
24. Klausner AP, Vapnek JM. Urinary incontinence in the geriatric population. *Mt Sinai J Med*. 2003;70:54-71.
25. Michael Y, Whitlock E, Lin J, Fu R, O'Connor E, Gold R. Primary Care—Relevant Interventions to Prevent Falling in Older: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2010;153:815-25.
26. Tinetti M. Clinical practice: preventing falls in elderly persons. *N Eng J Med*. 2003;348:42-9.
27. Gillespie L, Gillespie W, Robertson M, Lamb S, Cumming R, Rowe B. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(4):CD000340.
28. Donoghue OA, Horgan NF, Savva GM, Cronin H, O'Regan C, Kenny RA. Association between timed up-and-go and memory, executive function, and processing speed. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(9):1681-6.
29. Tinetti M. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1986;34(2):119-26.
30. Rao S. Prevention of falls in older patients. *Am Fam Physician*. 2005;72(1):81-8.
31. Onder G, van der Cammen TJ, Petrovic M, Somers A, Rajkumar C. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. *Age and ageing*. 2013;42(3):284-91.
32. Onder G, Pedone C, Landi F. Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA). *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50:1962-8.
33. Lazarou J, Pomeranz B, Corey P. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 1998;279:1200-5.
34. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60:616-31.
35. Gallagher P, O'Connor M, O'Mahony D. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther*. 2011;89:845-54.
36. Araújo F, Pais-Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saúde Pública*. 2007;2:59-66.

37. Lawton M, Brody E. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
38. Boise L, Camicioli R, Morgan D, Rose J, Congleton L. Diagnosing dementia: perspectives of primary care physicians. *Gerontologist*. 1999;39(4):457-64.
39. Kirby M, Denihan A, Bruce I, Coakley D, Lawlor B. The clock drawing test in primary care: sensitivity in dementia detection and specificity against normal and depressed elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:935-40.
40. Freitas S, Simoes MR, Alves L, Duro D, Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): validation study for frontotemporal dementia. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. 2012;25(3):146-54.
41. Andrade S. Geriatric Depression Scale (GDS-30): Estudos de validação em grupos com Declínio Cognitivo Ligeiro e Demência. Coimbra: Universidade de Coimbra. 2007.
42. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327(7424):1144-6.
43. Araki A, Ito H. Diabetes mellitus and geriatric syndromes. *Geriatrics & gerontology international*. 2009;9(2):105-14.
44. Inouye S, Studenski S, Tinetti M, Kuchel G. Geriatric syndromes: clinical, research and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007;55:780-91.
45. Neidrick TJ, Fick DM, Loeb SJ. Physical activity promotion in primary care targeting the older adult. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2012;24(7):405-16.
46. Reuben D, Frank J, Hirsch S. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment couples with an intervention to increase adherence to recommendations. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999;47:269.
47. Boulton C, Boulton L, Morishita L. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49:351.
48. Counsell SR, Callahan CM, Buttar AB, Clark DO, Frank KI. Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): a new model of primary care for low-income seniors. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(7):1136-41.
49. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC medicine*. 2012;10:4.
50. Ko F. The clinical care of frail, older adults. *Clin Geriatr Med*. 2011;27:89-100.
51. van Kempen JA, Schers HJ, Melis RJ, Olde Rikkert MG. Construct validity and reliability of a two-step tool for the identification of frail older people in primary care. *Journal of clinical epidemiology*. 2014;67(2):176-83.
52. Martins T, Ribeiro JL, Garrett C. Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência*. 2004;nº11 - Março 2004.
53. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008;20:423-8.
54. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20(6):649-55.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

FIGURAS:

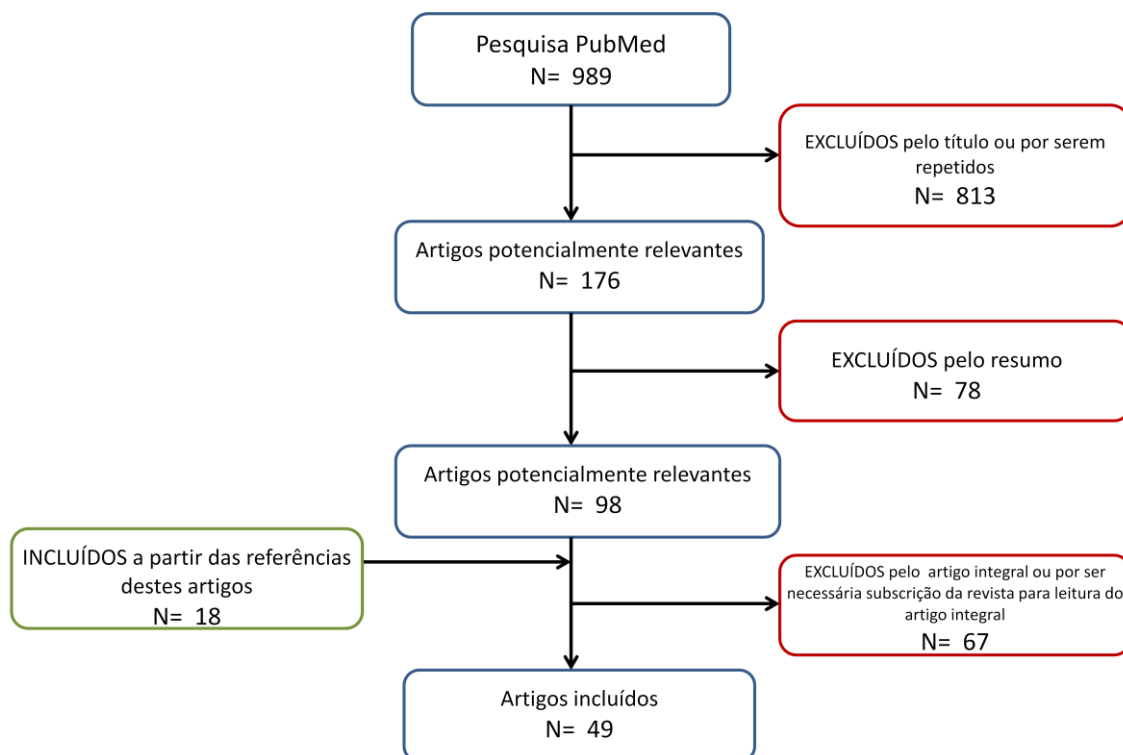


Figura 1 – Fluxograma da inclusão dos artigos.

VISIT FORM: FALLS/MOBILITY PROBLEMS

PATIENT LABEL

Reason for Visit: ☐ Fall (Go to Q1) ☐ Fear of falling ONLY (Go to Q4)

History:
 → (Have patient lie down in preparation for orthostatic BP and P)

1. When was last fall? ☐ Past 4 wks ☐ More than 4 wks 2. Circumstances of fall: YES NO Loss of consciousness: ☐ ☐ Tripped/stumbled over something: ☐ ☐ Lightheadedness / palpitations: ☐ ☐ Unable to get up within 5 minutes: ☐ ☐ Needed assistance to get up: ☐ ☐ 3. Orthostatics: (Measure after 1 minute in specified position) Lying: BP: ____ / ____ Pulse: ____ Standing: BP: ____ / ____ Pulse: ____ 7. Psychotropic medications (specify): YES NO Neuroleptics: ☐ ☐ Antidepressants: ☐ ☐ Benzodiazepines: ☐ ☐ a) IF YES to benzodiazepines, dc'd? ☐ ☐ → Reason for continuation: _____	4. Currently uses device for mobility? YES NO Cane: ☐ ☐ Walker: ☐ ☐ Wheelchair: ☐ ☐ Other, specify: _____ ☐ ☐ 5. Vision: Noticed recent vision change: ☐ ☐ Eye exam in past year: ☐ ☐ 6. Visual acuity: OS: 20/____ OD: 20/____ OU: 20/____ 8. 2 or more drinks alcohol each day: YES NO ☐ ☐ 9. Other conditions: ☐ ☐ _____ ☐ ☐
---	--

Examination:

1. 3-Item recall: ☐ PASS (2-3 words) ☐ FAIL (0-1 word) → Cognitive status: _____

2. Gait: ☐ NORMAL ☐ ABNORMAL

Abnormal if: - Hesitant start - Heels do not clear toes of other foot
 - Broad-based gait - Heels do not clear floor
 - Extended arms - Path deviates

3. Balance: YES NO If indicated: YES NO

Side-by-side, stable 10 sec: ☐ ☐ Can pick up penny off floor: ☐ ☐

Semi-tandem, stable 10 sec: ☐ ☐ Resistance to nudge: ☐ ☐

Full tandem, stable 10 sec: ☐ ☐

4. Neuromuscular: YES NO Rigidity (e.g., cogwheeling): YES NO

Quad strength: Can rise from chair w/o using arms: ☐ ☐ Bradykinesia: ☐ ☐

If indicated, hip ROM and knee exam: Tremor: ☐ ☐

Timed-Up-and-Go: ____ sec
 (Normal ≤ 15 sec)
 - Stand from chair
 - NOT using arms
 - Walk 10 feet
 - Turn around
 - Walk back
 - Sit down

Lab/Tests: ☐ EKG ☐ Bone mineral density ☐ Holter ☐ Other: _____

Impression: ☐ Strength problem ☐ Parkinsonism
☐ Balance problem ☐ Severe hip/knee OA
☐ Gait problem ☐ Other: _____

Treatment:

☐ Exercises: ☐ Upper body ☐ Lower body

☐ Community exercise program

☐ Home safety checklist given

☐ Footwear discussion

☐ Community resource list given

☐ Falls education packet given

☐ Hip protectors

☐ Vitamin D 800 IU/day

☐ Ca carbonate 1200-1500 mg/day (Ca citrate if on PPI)

☐ Referral for PT

☐ Assistive device: _____ ☐ New ☐ Review

☐ Referral for home safety inspection/modifications

☐ Change in medication(s): _____

☐ Referral for eye exam

☐ Cardiology consult

☐ Neurology consult

☐ Other: _____

Figura 2: UCLA Visit Form: Falls/Mobility Problems (Quedas/Problemas de mobilidade). Abreviações: BP, blood pressure; Ca, calcium; dc'd, discontinued; EKG, electrocardiogram; AO, osteoarthritis; P, pulse; PPI, protón pump inhibitor; PT, physical therapy; w/o, without.⁶

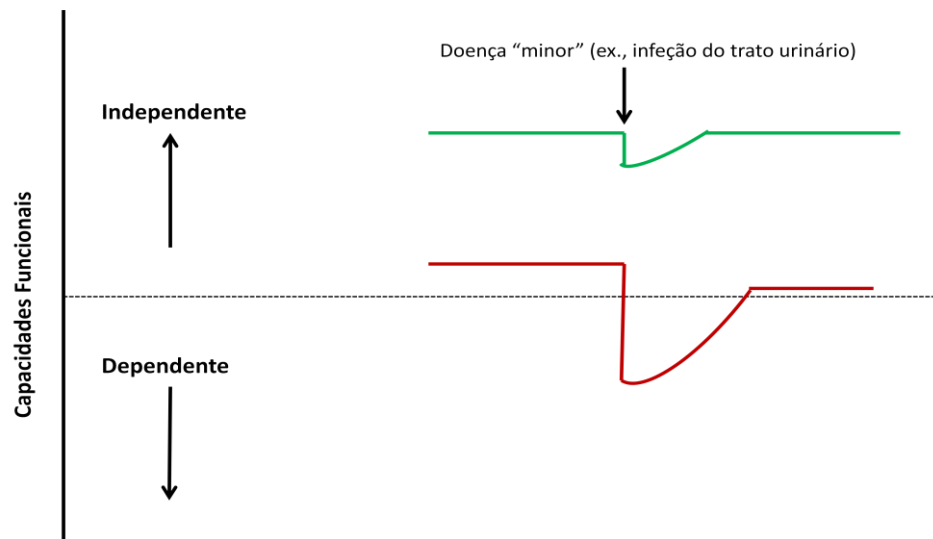


Figura 3: Vulnerabilidade do idoso frágil a uma alteração repentina do seu estado de saúde depois de uma doença considerada *minor*.¹

A linha verde representa um idoso com bom estado funcional que, depois de um evento de agressor menor como por exemplo uma infecção, tem uma pequena deterioração da sua capacidade funcional, mas rapidamente regressa à sua homeostasia. A linha vermelha representa um idoso frágil que, depois de um evento agressor semelhante, sofre uma grande deterioração que se pode manifestar por dependência funcional, e que não regressa à sua base habitual de homeostasia. A linha horizontal a tracejado representa o cutoff entre a dependência e a independência.¹

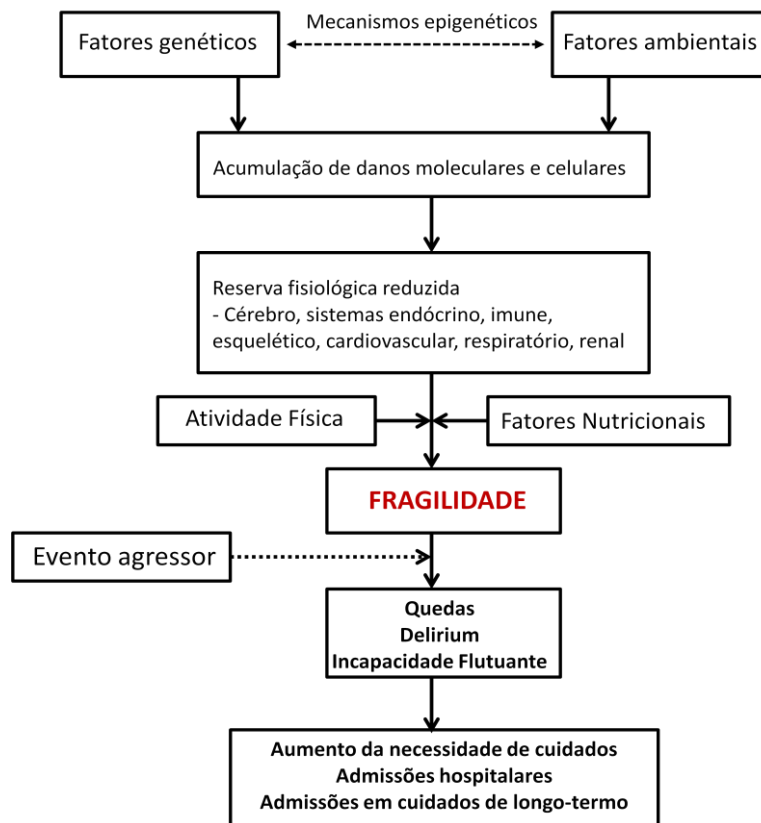


Figura 4: Representação esquemática da fisiopatologia da fragilidade.¹

QUADROS:

Quadro I: Domínios da AGI ¹⁵	
Avaliação da Saúde física	Comorbilidades e severidade de doenças Revisão de medicação Estado nutricional Lista de problemas
Avaliação da Saúde mental	Cognição Humor e ansiedade Medos e receios
Avaliação da capacidade funcional	Atividades da vida diária Mobilidade e equilíbrio Papéis da vida que são importantes para o doente
Avaliação social	Redes sociais: suporte da família, amigos Pobreza
Avaliação ambiental	Condições habitacionais: segurança e conforto Acessibilidade aos recursos locais Potencial uso da tecnologia da telemedicina

Quadro II: Exame Físico focado no doente idoso ⁵		
Sinais	Sintomas ou sinais físicos	Diagnósticos diferenciais
Sinais vitais		
Pressão arterial	Hipertensão	Efeitos adversos da medicação, disfunção autonómica
	Hipotensão ortostática	Efeitos adversos da medicação, aterosclerose, doença arterial coronária
Frequência cardíaca	Bradicardia	Efeitos adversos da medicação, bloqueio cardíaco
	Irregular e arritmica	Fibrilação auricular
Frequência respiratória	FR > 24 rpm	Doença pulmonar crónica obstrutiva, Insuficiência cardíaca congestiva, pneumonia
Temperatura	Hipertermia, hipotermia	Hiper e hipotireoidismo, infeção
Estado geral	Perda de peso intencional	Cancro, depressão
	Ganho de peso	Efeitos adversos da medicação para insuficiência cardíaca congestiva
Cabeça	Assimetria ou paralisia facial	Paralisia de Bell, Acidente vascular cerebral (AVC), acidente isquémico transitório (AIT).
	Bossa frontal	Doença de Paget
	Sensibilidade na região temporal	Arterite temporal
Olhos	Dor ocular	Glaucoma, arterite temporal
	Diminuição da acuidade visual	Presbiopia
	Perda de visão central	Degeneração macular relacionada com a idade
	Perda de visão periférica	Glaucoma, AVC
	Opacificação da lente ocular	Cataratas
Ouvidos	Diminuição da acuidade auditiva	Neuroma acústico, efeitos adversos da medicação, impactação de cerúmen
Boca, garganta	Dor na boca ou gengivas	Doença dentária ou periodontal, próteses mal adaptadas
	Leucoplasia	Lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas
	Xerostomia	Relacionada com a idade, Síndrome de Sjogren
Pescoço	Sopro carotídeo	Estenose aórtica, doença cerebrovascular
	Aumento da tiroide e presença de nódulos	Hiper e hipotireoidismo
Sistema cardíaco	Quarto som cardíaco	Espessamento ventricular esquerdo
	Sopros sistólicos de ejeção ou de regurgitação	Arteriosclerose valvular

Quadro II: Exame Físico focado no doente idoso ⁵ (continuação)		
Sinais	Sintomas ou sinais físicos	Diagnósticos Diferenciais
Sistema respiratório	Tórax em barril Encurtamento das respirações	Enfisema Asma, cardiomiopatia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Insuficiência cardíaca congestiva
Mamas	Massas mamárias	Cancro, fibroadenoma
Abdómen	Massa pulsátil	Aneurisma aórtico
Gastrointestinal/rectal	Obstipação Incontinência fecal Massa rectal, sangue oculto nas fezes	Efeitos adversos da medicação, desidratação, inatividade, consumo inadequado de fibras, hipotiroidismo, carcinoma colo-rectal Impactação fecal, carcinoma rectal, prolapso rectal Carcinoma colo-rectal
Genital/urinário	Atrofia da mucosa da vagina Aumento do tamanho da próstata Nódulos prostáticos Incontinência urinária	Deficiência de estrogénios Hipertrofia benigna da próstata Adenocarcinoma da próstata Prolapso da bexiga ou do útero, instabilidade do detrusor, deficiência de estrogénios
Extremidades	Anormalidades nos pés Diminuição ou ausência dos pulsos dos membros inferiores Varizes, pigmentação dos membros inferiores Edema nos tornozelos/perna Nódulos de Heberden	Joanetes, onicomicoses Doença arterial periférica Doença venosa crónica, Insuficiência venosa Insuficiência cardíaca congestiva, efeitos adversos da medicação Osteoartrite

Quadro II: Exame Físico focado no doente idoso ⁵ (continuação)		
Sinais	Sintomas ou sinais físicos	Diagnósticos Diferenciais
Muscular/Esquelético	Diminuição da amplitude de movimento, dor Cifose dorsal, sensibilidade e dor vertebral Alterações da marcha Dor no membro inferior Diminuição da massa muscular Dor muscular proximal e fraqueza	Artrite, fratura Ostoporose, compressão por fratura, neoplasia Efeitos adversos da medicação, artrite, descondicionamento físico, doença de Parkinson, AVC Claudicação intermitente, neuropatia, osteoartrite, radiculopatia, doença venosa crónica Atrofia, malnutrição Polimialgia reumática
Pele	Eritema, úlceras de pressão, hematomas inexplicáveis Lesões pré-malignas ou malignas	Uso de anticoagulantes, trombocitopenia púrpura idiopática, abuso e negligência Queratose actínica, carcinoma de células basais, carcinoma de células escamosas, melanoma maligno, úlcera de pressão
Neurológico	Tremor com rigidez	Doença de Parkinson

Quadro III: Instrumento de avaliação Mini-Cognitive ⁵		
Passo 1. Pedir ao doente para repetir três palavras não relacionadas como “bola”, “cão” e “janela”.		
Passo 2. Pedir ao doente para desenhar um relógio que aponte 11 horas e 10 minutos. Uma resposta correta é desenhar um círculo com os números colocados nas posições corretas e com os ponteiro das horas no 11 e o dos minutos no 2.		
Passo 3. Pedir ao doente para nomear de novo as três palavras do passo 1. Um ponto é dado por cada palavra recordada corretamente.		
Interpretação		
Número de palavras recordadas corretamente	Resultado do Teste de desenho do relógio	Interpretação da presença de demência
0	Normal	Positivo
0	Anormal	Positivo
1	Normal	Negativo
1	Anormal	Positivo
2	Normal	Negativo
2	Anormal	Positivo
3	Normal	Negativo
3	Anormal	Negativo

Quadro IV : Apresentações clínicas frequentes de fragilidade¹
Não específicas Fadiga extrema, perda de peso inexplicável, infecções frequentes
Quedas Comprometimento do equilíbrio e da marcha são características importantes da fragilidade e são fatores de risco para quedas. A chamada queda “quente” está relacionada com uma doença minor que reduz o equilíbrio postural abaixo do limiar necessário para manter a integridade da marcha. Quedas espontâneas ocorrem em estádios mais severos de fragilidade, quando sistemas posturais vitais (visão, equilíbrio e força) deixam de ser consistentes. As quedas espontâneas tipicamente repetem-se e estão intimamente relacionados com reação psicológica de medo a futuras quedas que levam o idoso a desenvolver compromisso severo da mobilidade.
Delirium Delirium (muitas vezes chamado de confusão aguda) é caracterizado pelo estabelecimento de confusão flutuante e alteração da consciência. Está relacionada com a redução da integridade da função cerebral e está independentemente associado com resultados adversos. Aproximadamente 30% dos idosos admitidos nos hospitais irá desenvolver delirium e estima-se que 15% dos idosos em cuidados de longo-termo tenha delirium.
Incapacidade flutuante Incapacidade flutuante é a instabilidade do dia-a-dia, resultando em idosos com “bons” dias em que são independentes, e “maus” dias em que muitas vezes necessitam de cuidados (profissionais).

Instruções para Autores

- [Organização Científica dos Artigos](#)
- [Organização Formal dos Artigos](#)
- [Submissão de Artigos à Avaliação Editorial](#)
- [Tratamento Editorial](#)
- [Referências Bibliográficas](#)
-

Organização Científica dos Artigos

Qualquer artigo submetido para publicação na RPMGF deverá ser preparado de acordo com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Médicas, redigidos pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas^{2,3} e os documentos incluídos na rede EQUATOR (*Enhancing the Quality and Transparency of Health Research*).⁴

A revista publica artigos da iniciativa dos autores e dos editores. Os artigos da iniciativa dos autores são: os artigos de investigação original, as revisões, os relatos de caso, os artigos de prática, os artigos de opinião e debate, os artigos breves e as cartas aos editores. Os editoriais, os documentos, os artigos do Dossier, os POEMs, os textos do Clube de Leitura e os textos do Websaúde são da iniciativa dos editores, embora possam ser aceites submissões da iniciativa dos autores, desde que contactem previamente os editores da RPMGF. Tanto os artigos da iniciativa dos autores como os artigos solicitados pelos editores são sujeitos a um processo de revisão por pares.

Nesta secção apresentam-se os elementos que são comuns a todas as tipologias de artigo e uma descrição dessas diferentes tipologias.

Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo

Todos os artigos apresentados à RPMGF deverão ter um **Título**, a descrição dos **Autores**, um corpo de texto e **Referências Bibliográficas**. Na maioria das tipologias será necessário um **Resumo**. No caso de existirem pessoas que tenham feito contributos importantes para o artigo mas que não cumpram os critérios de autoria, poderá ser incluída uma secção denominada **Agradecimentos** que será colocada entre o corpo de texto e as referências bibliográficas. Em determinadas tipologias de artigos poderão ser incluídas ilustrações no corpo de texto. A informação relativa aos conflitos de interesses e financiamento do trabalho deve ser colocada após as referências bibliográficas.

O artigo terá que ter um **Título** e um **Resumo** em português e em inglês. Quando o idioma de publicação é o português, o primeiro resumo será em português e o segundo em inglês. Se o idioma de publicação for o inglês, a ordem será inversa. No caso do idioma de publicação ser o castelhano, o primeiro resumo (*Resumen*) será nesse idioma, havendo então um resumo em português e outro em inglês no final do artigo. Os resumos não deverão exceder as 300 palavras e deverão ser seguidos de duas a seis palavras-chave. Estas palavras-chave deverão ser termos da lista de descritores médicos MeSH,⁵ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁶ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁷ A estrutura do resumo para cada uma das tipologias de artigo será explicitada na secção correspondente.

São permitidos dois tipos de ilustrações: figuras e quadros. As figuras devem ser

numeradas com algarismos árabes e os quadros com numeração romana, pela ordem da sua primeira citação no texto. O texto não deve repetir dados incluídos em ilustrações, limitando-se nesse caso a realçar ou resumir os seus aspectos mais importantes. O número de ilustrações permitidos para cada uma das tipologias será explicitado na secção correspondente.

As **Referências Bibliográficas** devem seguir o formato indicado nas normas internacionais (estilo de Vancouver).⁸

Investigação original

Conteúdo: Consistem em artigos de investigação no âmbito da medicina geral e familiar ou dos cuidados de saúde primários. Deverão seguir as normas internacionalmente aceites para este tipo de artigos.^{2,3} Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE⁹ para estudos observacionais, CONSORT¹⁰ para ensaios clínicos, as normas STARD¹¹ para estudos de acuidade diagnóstica, as normas COREQ¹² para estudos qualitativos, as normas SQUIRE¹³ para estudos de garantia e melhoria da qualidade.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Deve incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo do artigo deve ser subdividido em: **Introdução**, **Métodos**, **Resultados** e **Discussão**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, resumir o estado actual do conhecimento sobre o tema e referir os motivos que levaram à execução do estudo. Os objectivos e/ou hipóteses formuladas devem ser indicados no final da introdução. Os **Métodos** deverão referir a configuração, local e tempo de duração de estudo, a população estudada, os métodos de amostragem, as unidades de observação e as variáveis medidas, os métodos de recolha de dados, bem como critérios, instrumentos, técnicas e aparelhos utilizados. Deve ser indicada a metodologia estatística. Os **Resultados** deverão ser apresentados de forma clara usando texto e ilustrações (figuras ou quadros). A **Discussão** deverá salientar aspectos novos ou importantes do estudo e apresentar apenas as conclusões justificadas pelos resultados. Deverão ser feitas comparações com estudos idênticos realizados por outros autores e ser comentadas as limitações ou os viéses importantes do estudo. Podem ser sugeridas novas hipóteses de trabalho. Não devem ser feitas afirmações não baseadas no estudo efectuado, nem alusões a trabalhos incompletos ou não publicados. As conclusões do estudo devem ser apresentadas nos últimos parágrafos da discussão.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objectivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objectivos**, **Tipo de estudo**, **Local**, **População**, **Métodos**, **Resultados** e **Conclusões**. Encorajamos os investigadores a registar prospectivamente os ensaios clínicos num registo público de ensaios. Os ensaios clínicos deverão ter o número de registo no final do resumo.

Relato de Caso

Conteúdo: Consistem em textos descritivos de casos clínicos que sirvam para melhorar a tomada de decisão da investigação diagnóstica ou terapêutica, de aspectos relacionados com a educação ou com as políticas de saúde.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 6.000 palavras, sendo admitido o número máximo de oito ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em

cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo de texto é subdividido em: **Introdução**, **Descrição do caso** e **Comentário**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deve apresentar os motivos que levaram à apresentação do caso clínico de forma sintética e sem fazer uma revisão teórica do problema em questão. A **Descrição do caso** deve ser constituída por uma apresentação do caso clínico propriamente dito, feita de forma estruturada e com recurso a subtítulos, se necessário. O **Comentário** deverá chamar a atenção para os aspectos práticos relevantes, problemas encontrados na prática clínica ou lições a tirar do relato de caso.

Resumo: É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Introdução**, **Descrição do caso** e **Comentário**.

Revisão

Conteúdo: Consistem em estudos de revisão bibliográfica, trabalhos de síntese ou actualização clínica que possam constituir instrumentos auxiliares de actualização e de aperfeiçoamento da prática clínica. Os autores são encorajados a seguir as normas PRISMA para revisões sistemáticas,¹⁴ MOOSE para meta-análises de estudos observacionais¹⁵ e as recomendações de Riley et al para meta-análises de dados individuais de doentes.¹⁶ Os autores de artigos de revisão baseada na evidência podem considerar úteis as recomendações publicadas na revista American Family Physician.¹⁷

Dimensão: Os estudos de revisão não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo de texto é subdividido em: **Introdução**, **Métodos**, **Resultados** e **Conclusões**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, referir os motivos que levaram à execução do estudo e discutir a sua oportunidade. A pergunta e o objectivo específico da revisão deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. Os **Métodos** deverão descrever a metodologia usada para efectuar o processo de revisão. Devem, nomeadamente, ser indicados o tópico em revisão, definições várias (por exemplo, critérios de diagnóstico), processo utilizado para a pesquisa bibliográfica (período a que diz respeito a revisão, bases de dados electrónicas ou documentais consultadas, descritores utilizados para a pesquisa, pesquisa manual de bibliografias, contacto com peritos na área para identificação de artigos relevantes) e processos e critérios de selecção dos artigos. Os **Resultados** devem ser apresentados de forma estruturada e sistematizada e com recurso a subtítulos, se necessário. Devem incluir os resultados da pesquisa e elementos de argumentação crítica (avaliação de qualidade dos dados, síntese de dados, perspectivas em confronto, identificação de problemas não resolvidos). As **Conclusões** devem fornecer um resumo crítico dos dados relevantes, enfatizar os aspectos práticos, equacionar os problemas que subsistem e propor perspectivas futuras.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objectivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais, e realçar aspectos novos e importantes da revisão. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objectivos**, **Fontes de dados**, **Métodos de revisão**, **Resultados** e **Conclusões**. No resumo dos resultados pretende-se a indicação do número e características dos estudos incluídos e excluídos. Podem ser incluídos os achados qualitativos e quantitativos mais relevantes.

Prática

Conteúdo: Consistem em relatórios de avaliação de qualidade ou trabalhos descritivos de experiências ou projectos considerados relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em cuidados de saúde primários.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Formação

Conteúdo: Consistem em relatos de projectos ou experiências considerados importantes no campo da educação médica pré e pós-graduada no contexto dos cuidados de saúde primários.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Opinião e Debate

Conteúdo: Consistem em textos de opinião livre susceptíveis de fomentar a reflexão e a discussão sobre temas de interesse para a medicina geral e familiar.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 4.000 palavras sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Artigo Breve

Conteúdo: Consistem em textos de pequena dimensão como, por exemplo, estudos originais curtos ou de divulgação de resultados preliminares, apontamentos sobre casos clínicos, ou pequenos estudos de séries.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 3.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Carta ao Director

Conteúdo: Consistem em comentários a artigos publicados previamente na revista ou notas breves sobre experiências relevantes na prática diária. As cartas referentes a artigos só serão aceites até três meses após a publicação do artigo original.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 750 palavras, sendo admitida até uma ilustração (quadro ou figura) e até 5 referências bibliográficas.

Estrutura: Não existe estrutura obrigatória. O artigo pode incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não há resumo.

Editorial

Da iniciativa do Conselho Editorial. Não deverão ultrapassar 1.200 palavras nem mais do que 15 referências. Serão admitidas até 2 ilustrações (quadros ou figuras).

Documentos

Conteúdo: Consistem em declarações, recomendações ou outros documentos de âmbito nacional ou internacional que sejam relevantes para a medicina geral e familiar.

Dossier

Conteúdo: O Dossier reúne artigos referentes a um tema comum. O objectivo do dossier é a divulgação de trabalhos de actualização científica e de temas de revisão elaborados por peritos. Os artigos do dossier serão solicitados pelos Editores da RPMGF ou por um perito designado pelo Conselho Editorial como elemento coordenador.

Dimensão: Os artigos do dossier não deverão ultrapassar as 6.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 8 ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

POEM

Conteúdo: Nesta secção comentam-se POEMs (*Patient-Oriented Evidence that Matters*), aos quais é atribuído um nível de evidência de acordo com o *Oxford Centre for Evidence*

Based Medicine.¹⁸ Os conceitos relacionados com os POEMs já foram extensamente revistos.^{19,20}

Dimensão: Os comentários não deverão ultrapassar as 1.000 palavras. Não haverá lugar a ilustrações.

Estrutura: Os artigos devem incluir um **Título** apelativo em estilo jornalístico, a **Referência Bibliográfica**, a **Questão Clínica**, o **Resumo do Estudo** e o **Comentário**. O título nas restantes línguas necessárias (ver acima) será publicado apenas na edição online da RPMGF.

Clube de Leitura

Conteúdo: O objectivo da secção é proporcionar uma leitura comentada de artigos, livros ou outros textos procedentes de outras publicações científicas. O artigo ou publicação escolhida deve ser actual (editado nos últimos 3 meses) e relevante para a prática clínica da medicina geral e familiar.

Dimensão: Não deverá ultrapassar as 1.300 palavras. Não haverá lugar a ilustrações.

Estrutura: Os textos devem incluir um **Título** apelativo em estilo jornalístico, a(s) **Citação(ões)** do(s) artigo(s) que deram origem ao texto, o resumo do estudo (que manterá a estrutura do artigo original), o **Comentário** e as **Referências Bibliográficas**. No comentário, o autor deverá expor a sua opinião sobre a importância do artigo e apresentar alguns dados da sua experiência ou de outros estudos que apoiem ou não as conclusões do artigo comentado. O título nas restantes línguas necessárias (ver acima) será publicado apenas na edição online da RPMGF.

Websaúde

Conteúdo: Tem como objectivo a divulgação de sítios da Internet relevantes para a medicina geral e familiar. Existem recursos disponíveis para ajudar na avaliação crítica da informação de saúde disponibilizada na internet.²¹

Dimensão: O texto não deverá ultrapassar as 350 palavras. Haverá lugar a uma ilustração por cada sítio na internet referido até a um máximo de 3 ilustrações por texto.

Estrutura: Deve incluir um **Título** e a **Referência Bibliográfica** ao sítio na internet. O corpo de texto deverá incluir informação relativa aos recursos disponíveis no sítio da internet, nomear a entidade responsável pelos conteúdos e deverá incluir uma descrição de como o autor utiliza o sítio na sua prática de médico de família. O título nas restantes línguas necessárias (ver acima) será publicado apenas na edição online da RPMGF.

Síntese

Tipo de artigo	Estrutura resumo	Estrutura corpo de texto	Dimensão (palavras)	Ilustrações
Investigação original	Objectivos, tipo de estudo, local, população, métodos, resultados e conclusões	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	8.000	≤10
Relato de caso	Introdução, Descrição do caso e Comentário	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, Introdução, Descrição de caso, Comentário, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	6.000	≤8
Revisão	Objectivos, Fontes de dados, Métodos de revisão, Resultados e Conclusões	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, Introdução, Métodos, Resultados, Conclusões, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	8.000	≤10
Prática	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	5.000	≤4
Formação	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	5.000	≤6
Opinião e debate	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	4.000	≤4
Artigo breve	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	3.000	≤4
Carta ao director	Sem resumo	[corpo de texto]	750	≤1
Editorial	Sem resumo	[corpo de texto]	1.200	≤2
Dossier	Não existe estrutura obrigatória	Título*, Resumo*, Palavras-chave*, [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	6.000	≤8
POEM	Sem resumo	Título*, Referência Bibliográfica, Questão Clínica, Resumo do Estudo, Comentário	1.000	0
Clube de Leitura	Sem resumo	Título*, Citação, [corpo do texto de acordo com a estrutura do artigo original], Comentário, Referências Bibliográficas	1.300	0
WebSaúde	Sem resumo	Título*, Referência Bibliográfica, [corpo do texto], Comentário	350	≤3

* Nas línguas necessárias (ver secção "Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo").

Organização Formal dos Artigos

Formatação dos ficheiros electrónicos submetidos

Os artigos devem ser dactilografados em qualquer processador de texto e gravados num dos seguintes formatos: Microsoft Word, RTF ou Open Office. As páginas devem ser numeradas.

Primeira página

Deverá incluir apenas:

1. O título do artigo, que deverá ser conciso.
2. O nome do autor ou autores (devem usar-se apenas dois ou três nomes por autor).
3. O grau, título ou títulos profissionais e/ou académicos do autor ou autores.
4. O serviço, departamento ou instituição onde trabalha(m).

Segunda página

Deverá incluir apenas:

1. O nome, telefone/fax, endereço de correio electrónico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito.
2. O nome, endereço de correio electrónico e endereço postal do autor a quem deve ser dirigida a correspondência sobre o artigo após a sua publicação na revista.

Terceira página

Deverá incluir apenas:

1. Título do artigo nas línguas necessárias.
2. Resumo do artigo nas línguas necessárias. O resumo deve respeitar as normas indicadas para o tipo de artigo em questão e tornar possível a compreensão do artigo sem que haja necessidade de o ler.
3. De duas a seis palavras-chave nas línguas necessárias usando, sempre que existirem, termos da lista de descritores médicos MeSH,⁵ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁶ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁷
4. Indicação da tipologia do artigo (a que secção da revista se destina).

Páginas seguintes

As páginas seguintes incluirão o texto do artigo, devendo cada uma das secções em que este se subdivida começar no início de uma página.

Primeira página a seguir ao texto do artigo

Deverá incluir o capítulo Agradecimentos, quando este exista.

Primeira página a seguir aos Agradecimentos

Deverá conter o início do capítulo Referências Bibliográficas.

Primeira página a seguir a Referências bibliográficas

Deverá conter a informação relativa aos conflitos de interesses dos autores e ao financiamento do estudo (de acordo com a informação prestada nos anexos I e II).

Páginas seguintes

Deverão incluir as ilustrações. Estas devem ser enviadas cada uma em sua folha com indicação do respectivo número (algarismo árabe ou numeração romana) e legenda. Os quadros, com numeração romana, deverão sempre incluir um título curto. Poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver.^{2,3} Gráficos, diagramas, gravuras e fotografias (figuras) deverão ser apresentados com qualidade que permita a sua reprodução directa e numerados com algarismos árabes. Não devem ser utilizados gráficos tridimensionais. As figuras em formato digital devem ser enviadas como ficheiros separados e não dentro do documento de texto. São aceites os formatos JPEG, TIF e EPS, preferencialmente com uma resolução de 300 pontos por polegada (dpi) ou superior. As figuras em suporte de papel ou filme (diapositivos) deverão ter boa qualidade e ser devidamente identificadas (algarismos árabes) com etiqueta autocolante no verso ou na margem. Dá-se preferência a imagens em formato digital, desde que essa opção não comprometa a qualidade das mesmas. No caso de se tratar de fotografias de pessoas ou de fotografias já publicadas, proceder de acordo com as normas de Vancouver.^{2,3}

Normas de estilo

O uso de abreviaturas e símbolos, bem como as unidades de medida, devem estar de acordo com as normas internacionalmente aceites.^{2,3}

1. Devem-se usar maiúsculas apenas nas seguintes situações:
 - a. no título e nas principais secções do trabalho;
 - b. no início do subtítulo (caso exista);
 - c. na primeira palavra de todos os períodos;
 - d. nas palavras principais de capítulos, subcapítulos, secções e subsecções;
 - e. nas palavras dos títulos das figuras e quadros;
 - f. em nomes de escalas e instrumentos de medida;
 - g. em substantivos determinados por numeral ou letra e,
 - h. em nomes de cadeiras ou disciplinas académicas.
2. Usar sempre o nome farmacológico. Pode, se justificado, incluir-se o nome comercial em parênteses, após a primeira referência ao fármaco no texto.
3. Escrever por extenso algarismos menores que 10. As excepções são: quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizam unidades de medida, para representar funções matemáticas, quantidades fraccionais, percentagens e razões. Nunca iniciar uma frase com um algarismo.
4. Usar sempre algarismos para designar tempo, data, idade, amostra e população, tamanho, resultados, dosagens, percentagens, graus de temperatura, medidas métricas e pontos numa escala.
5. Por regra, não usar abreviaturas fora de parênteses. A excepção são as abreviaturas utilizadas pelos sistemas de medidas (por exemplo, kg).
6. Os acrónimos só devem ser utilizados se fazem parte da linguagem corrente (por exemplo, OMS) ou para designar uma sigla ou uma expressão técnica que vai ser utilizada repetidamente (por exemplo, DPOC). Neste caso, o seu uso deve ser apresentado entre parênteses, depois da expressão original, na primeira vez que é utilizado no texto.
7. Devem-se evitar estrangeirismos, sempre que possível.
8. Não usar sublinhados.
9. Usar negrito apenas em títulos.
10. Usar itálico apenas nas seguintes situações: referências bibliográficas, palavras

estrangeiras e nomes técnicos das classificações científicas.

11. Os símbolos estatísticos (por exemplo, t, r, M, DP, p) devem ser escritos em itálico, com excepção dos símbolos em grego.
12. A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto final.
13. No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com até duas casas e com arredondamento, a não ser em casos excepcionais em que tal se justifique.
14. Os operadores aritméticos e lógicos, tais como +, -, =, <, e >, levam espaço antes e depois.

Referências bibliográficas

As **Referências Bibliográficas** devem ser assinaladas no texto com algarismos árabes em elevado, pela ordem de primeira citação e incluídas neste capítulo, utilizando exactamente a mesma ordem de citação no texto. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus. A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar é referenciada usando a abreviatura Rev Port Clin Geral. O numeral da referência deverá ser colocado após a pontuação (ponto, vírgula, etc.).

Exemplos:

(...) como é o caso das listas de distribuição.⁵

Estudos mais recentes, efectuados por Di-Franza e colaboradores,⁷ mostram que as crianças se tornam dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos.

Se após uma frase houver lugar à citação de mais do que uma referência estas deverão ser separadas por vírgulas excepto se forem sequenciais; nessa circunstância serão separadas por hífen.

Exemplos:

*(...) sendo a prevalência maior nesse grupo etário;^{9,15,21}
(...) comparativamente a esses estudos,⁶⁻⁹
(...) tabaco a menores de 18 anos e a de regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas.^{4, 7-9}*

As referências à documentação legal deverão ser concisas mas, ao mesmo tempo, completas, incluindo informação sobre o tipo de diploma e seu número e data, o local onde foi publicado e as páginas.

Exemplo:

Decreto-Lei nº 114/92, de 4 de Junho. «Diário da República - Série A. p. 2711.

Submissão de Artigos à Avaliação Editorial

Os documentos devem ser enviados por **correio electrónico** para: secretariado@rpmgf.pt. Se os ficheiros forem demasiado extensos para serem enviados por correio electrónico deverão ser enviados em suporte físico digital (CD-ROM ou outros) para: Director da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Av. da República, 97-1º 1050-190 Lisboa.
Os documentos a enviar incluem:

O original do artigo incluindo ilustrações, gravado em suporte electrónico (CD-ROM) ou em ficheiro(s) anexo(s) à mensagem de correio electrónico nos formatos Microsoft

Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas) e JPEG, TIF ou EPS (ilustrações).

O formulário constante do Anexo 1 preenchido por cada um dos autores. Para além da cópia em formato electrónico, o original deste documento deverá ser sempre enviado por correio postal.

O formulário constante do Anexo 2 preenchido pelo autor correspondente.

Uma declaração de autorização assinada por cada pessoa mencionada nos agradecimentos (Anexo 3).

Tratando-se de um estudo original, a declaração de conduta ética (Anexo 4) preenchida pelo autor correspondente.

Tratando-se de um relato de caso, declaração de consentimento informado assinada pelo doente que motivou o relato de caso (Anexo 5).

Havendo fotografia de doente(s), declaração de consentimento informado assinada pelo doente fotografado (Anexo 5).

Cópias de quaisquer autorizações para reproduzir material já publicado, para utilizar figuras ou relatar informação pessoal sensível de pessoas identificáveis.

Lista de verificação anexa, devidamente preenchida (Anexo 6).

Tratamento Editorial

Os textos recebidos são identificados por um número comunicado aos autores, que deve ser referido em toda a correspondência com a revista. Será considerada como data de recebimento do artigo o dia de recebimento da versão electrónica ou o dia de chegada por correio postal, caso seja anterior.

Após análise da tipologia do artigo, os textos são submetidos a um processo de validação administrativa. Os artigos que não obedeçam à organização científica e à organização formal expostas nestas normas não serão apresentadas ao Conselho Editorial. O processo de devolução será automático. Os textos que estejam de acordo com as normas serão distribuídos a um editor responsável. Esse editor fará uma apreciação sumária e apresentará o artigo em reunião do Conselho Editorial. Os artigos que não estejam relacionados com a missão da revista (o desenvolvimento da especialidade de medicina geral e familiar ou a melhoria dos cuidados de saúde primários) serão recusados.

Os artigos que estejam de acordo com as normas e que se enquadrem na missão da revista entrarão num processo de revisão por pares. Aos revisores, será pedida a apreciação crítica de artigos submetidos para publicação. Essa avaliação incluirá as seguintes áreas: actualidade, fiabilidade científica, importância clínica e interesse para publicação do texto. De forma a garantir a isenção e imparcialidade na avaliação, os artigos serão enviados aos revisores sem a identificação dos respectivos autores e cada artigo será apreciado por dois ou mais revisores. Caso exista divergência de apreciação entre revisores, os editores poderão convidar um terceiro revisor. A decisão final sobre a publicação será tomada pelos editores com base nos pareceres dos revisores. As diferentes apreciações dos revisores serão sintetizadas pelo editor responsável e comunicadas aos autores. Os autores não terão conhecimento da identidade ou afiliação dos revisores ou do editor responsável.

A decisão de publicação pode ser no sentido da recusa, da publicação sem alterações ou da publicação após modificações. Neste último grupo, os artigos, após a realização das modificações propostas, serão reapreciados pelos revisores originais do artigo. Desta reapreciação resultará uma apreciação final por parte do editor responsável e a decisão de recusa ou de publicação sem alterações. Os autores de artigos aprovados para publicação serão informados da data provável de publicação.

Referências Bibliográficas

1. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. Rev Port Clin Geral 2009; 25: 130-144.
2. Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas: escrever e editar para publicação biomédica. Montenegro M, tradutor, Sousa JC, tradutor. Rev Port Clin Geral 2007;23:778-98.
3. International Committee of Medical Journal Editors [página na Internet]. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.icmje.org>
4. The EQUATOR Network. Enhancing the Quality and Transparency of Health Research [página na Internet]. Oxford: Minervation Ltd; [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.equator-network.org/>
5. US National Library Medicine. Medical Subject Headings[página na Internet]. Bethesda: National Library Medicine; [actualizado em 2008/12/18; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>
6. BIREME. Descritores em ciências da saúde (DeCS) [página na Internet]. São Paulo:Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; [acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>
7. Biblioteca Nacional. Porbase - Base Nacional de Dados Bibliográficos [página na Internet]. Lisboa: Biblioteca Nacional; [actualizado em 27/06/2007; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.porbase.org/projectos/terminologias-clip.html>
8. Patrias, K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling, DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [actualizado em 21/10/2009; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008 Apr;61(4):344-9.
10. Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ 2010;340: c332-c332
11. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, Lijmer JG, Moher D, Rennie D, de Vet HCW, the STARD Group. Towards Complete and Accurate Reporting of Studies of Diagnostic Accuracy: The STARD Initiative. Clinical Chemistry 2003;49:1-6.
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007 Dec;19(6):349-57.
13. Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S. Publication Guidelines for Quality Improvement Studies in Health Care: Evolution of the SQUIRE Project. J Gen Intern Med 2008 Oct 2.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Clin Epidemiol 2009; 62(10):1006-12.
15. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thacker SB, the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology Group. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology: A proposal for reporting. JAMA 2000;283:2008-12.
16. Riley RD, Lambert PC, Moher D. Meta-analysis of individual participant data: rationale, conduct, and reporting. BMJ 2010;340:c221
17. Siwek J, Gourlay ML, Slawson DC, Shaughnessy AF. How to write an evidence-based clinical review article. Am Fam Physician. 2002 Jan 15;65(2):251-8.
18. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M, Howick J. Levels of Evidence [página na Internet]. Oxford: Centre for Evidence-based Medicine; [actualizado em Março 2009; acedido em 20/05/2010]. Disponível em: <http://www.cebm.net/?o=1025>
19. Sanchez JP. Simplesmente POEMs. Rev Port Clin Geral 2005 Nov-Dez; 21(6): 631-4.
20. Mateus M, Sanchez JP. POEMs: glossário e níveis de evidência. Rev Port Clin Geral 2006;22:400-4.
21. Charnock D, editor. The DISCERN handbook - Quality criteria for consumer

Condições para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita e não se encontra sob revisão ou para publicação por outra revista. Caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os ficheiros para submissão encontram-se em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB)
3. URLs para as referências foram fornecidas quando disponíveis.
4. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Instruções para Autores, na secção Sobre a Revista.
5. Formulário para os autores. Anexo I
6. Formulário para os autores. Anexo II
7. Autorização para menção nos agradecimentos. Anexo III
8. Formulário de declaração de conduta ética. Anexo IV
9. Declaração de consentimento informado. Anexo V
10. Lista de verificação para submeter para publicação na revista portuguesa de medicina geral e familiar. Anexo VI
11. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Anexo VII

Declaração de Direito Autoral

Os autores concedem à RPMGF o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, electrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito identificado nesta declaração. Concedem ainda à RPMGF o direito a utilizar e explorar o presente manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência é feita a título gratuito. Caso a RPMGF comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato.

Os autores autorizam a RPMGF (ou uma entidade por esta designada) a actuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Os autores têm direito a:

- Reproduzir um número razoável de cópias do seu trabalho em suporte físico ou digital para uso pessoal, profissional ou para ensino, mas não para uso comercial (incluindo venda do direito a aceder ao artigo).
- Colocar no seu sítio da internet ou da sua instituição uma cópia exacta em formato electrónico do artigo publicado pela RPMGF, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPMGF) não seja alterado.
- Publicar em livro de que sejam autores ou editores o conteúdo total ou parcial do manuscrito, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF.

- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPMGF pela reprodução em separado do seu artigo, quando esse valor for superior a 1.500 euros.

Os autores aceitam que, em caso de conflito, a resolução deste acordo será feita em Portugal e de acordo com a legislação portuguesa aplicável.

Política de Privacidade

A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar detém o direito exclusivo de publicar, distribuir, ceder, vender ou licenciar em suporte físico, electrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir todos os conteúdos publicados. É proibida a reprodução, mesmo parcial, de artigos e ilustrações sem prévia autorização da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Exceptua-se a citação ou transcrição de pequenos excertos, desde que se faça menção da fonte.

Os nomes e endereços fornecidos nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=about&op=submit#authorGuidelines>