

# Índice

<b>Autores</b> .....	XI
<b>Prefácio</b> .....	XV
Manuel Caldas de Almeida	
<b>Introdução</b> .....	XVII
Amália Botelho, Renato Oliveira, Tomás Teodoro	
<b>Siglas, Acrónimos, Abreviaturas</b> .....	XIX

## Capítulo 1

<b>Envelhecimento e Saúde</b> .....	1
Helena Bárrios, Renato Oliveira	
Envelhecimento biológico normal e principais alterações próprias do envelhecimento .....	1
Envelhecer de forma saudável .....	3
Níveis de prevenção .....	4
Prevenção em idosos .....	6
Considerações finais .....	8
Referências bibliográficas .....	8
<b>Caso Clínico 1.1</b>	
<b>Envelhecimento e Fragilidade</b> .....	10
Miguel Marques Ferreira	

## Capítulo 2

<b>Doença, Síndromes Geriátricas e Fragilidade</b> .....	15
Amália Botelho	
Envelhecimento e doença .....	15
Doença crónica e multimorbilidade .....	15
Síndromes geriátricas .....	16
Referências bibliográficas .....	33
<b>Caso Clínico 2.1</b>	
<b>Incontinência Urinária</b> .....	35
Eduardo Doutel Haghighi	

<b>Caso Clínico 2.2</b>	
<b>Dor Crónica</b> .....	40
Jorge Manuel de Castro	
<b>Caso Clínico 2.3</b>	
<b>Sarcopenia e Úlceras por Pressão</b> .....	44
Eduardo Doutel Haghighi	

### /// **Capítulo 3**

<b>Atividade Física, Mobilidade e Quedas</b> .....	51
Renato Oliveira	
Conceito e contextualização epidemiológica.....	51
Benefícios e riscos da atividade física .....	52
Quedas.....	52
Medo de cair .....	54
Referências bibliográficas .....	55
<b>Caso Clínico 3.1</b>	
<b>Fratura do Colo do Fémur</b> .....	57
João Capelo	
<b>Caso Clínico 3.2</b>	
<b>Reabilitação após Acidente Vascular Cerebral</b> .....	61
Renato Oliveira	

### /// **Capítulo 4**

<b>Saúde Mental no Envelhecimento e Perturbações Neuropsiquiátricas</b> .....	67
Tomás Teodoro, Renato Oliveira	
Contextualização epidemiológica .....	67
Envelhecimento e cognição .....	68
Psicofarmacologia das pessoas idosas.....	68
Avaliação do estado mental e cognitivo.....	69
Perturbações neuropsiquiátricas e situações clínicas relevantes.....	72
Intervenção cognitiva .....	74
Referências bibliográficas .....	75
<b>Caso Clínico 4.1</b>	
<b>Depressão e Luto</b> .....	76
Tomás Teodoro	

<b>Caso Clínico 4.2</b>	
<b>Demência de Alzheimer</b> .....	80
Renato Oliveira, Tomás Teodoro	
<b>Caso Clínico 4.3</b>	
<b>Demência com Corpos de Lewy</b> .....	84
Renato Oliveira, Tomás Teodoro	
<b>Caso Clínico 4.4</b>	
<b>Sintomas Psicológicos e Comportamentais da Demência</b> .....	88
Renato Oliveira, Tomás Teodoro	
<b>Caso Clínico 4.5</b>	
<b>Delirium/Síndrome Confusional Aguda</b> .....	92
Tomás Teodoro, Círia Pereira, António Cruz Neves	

## /// Capítulo 5

<b>Sexualidade e Envelhecimento</b> .....	97
José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Tomás Teodoro	
Contextualização epidemiológica .....	97
Sexualidade, envelhecimento e saúde física .....	98
Sexualidade, envelhecimento e saúde mental .....	99
Sexualidade, envelhecimento e saúde psicossocial/contextual.....	100
Considerações finais.....	100
Referências bibliográficas .....	101
<b>Caso Clínico 5.1</b>	
<b>Sexualidade no Masculino</b> .....	103
José Alberto Ribeiro-Gonçalves	
<b>Caso Clínico 5.2</b>	
<b>Sexualidade no Feminino</b> .....	108
José Alberto Ribeiro-Gonçalves	

## /// Capítulo 6

<b>Medicina Paliativa, Ética, Direito e Participação</b> .....	113
Helena Bárrios, Jorge Manuel de Castro	
Introdução.....	113
Abordagem dos Cuidados Paliativos.....	113
Cuidados Paliativos em idosos .....	115
Como identificar pessoas doentes que beneficiam de Cuidados Paliativos.....	116

Cuidados em fim de vida .....	117
Considerações finais .....	117
Referências bibliográficas .....	118

#### **Caso Clínico 6.1**

<b>Envelhecimento e Cuidados Paliativos</b> .....	119
Jorge Manuel de Castro	

### **Capítulo 7**

<b>Aspetos Médico-Legais</b> .....	123
------------------------------------	-----

João Miguel Oliveira, Gonçalo Sobreira

Consentimento e capacidade de consentir .....	123
Regime Jurídico do Maior Acompanhado .....	125
Lei de Saúde Mental .....	126
Abuso na população geriátrica .....	127
Referências bibliográficas .....	129

#### **Caso Clínico 7.1**

<b>Consentimento, Incapacidade e Regime de Maior Acompanhado</b> ....	131
Gonçalo Sobreira, João Miguel Oliveira	

### **Capítulo 8**

<b>Avaliação Geriátrica Global e Plano Individual de Cuidados</b> .....	135
---	-----

Amália Botelho

Avaliação geriátrica global .....	135
Plano individual de cuidados .....	136
Abordagem multiprofissional das pessoas idosas.....	137
Referências bibliográficas .....	138

#### **Caso Clínico 8.1**

<b>Avaliação Geriátrica Global em Ambulatório</b> .....	139
Eduardo Doutel Haghighi	

### **Anexos**

Amália Botelho, Renato Oliveira, Tomás Teodoro

<b>A. Avaliação da Funcionalidade</b> .....	145
<b>B. Avaliação de Incapacidade</b> .....	149
<b>C. Avaliação da Marcha</b> .....	150
<b>D. Avaliação do Risco de Queda</b> .....	151

<b>E. Avaliação Nutricional</b> .....	152
<b>F. Avaliação do Estado Afetivo</b> .....	154
<b>G. Avaliação Cognitiva</b> .....	155
<b>Índice Remissivo</b> .....	159



# Autores

## COORDENADORES

### **Amália Botelho**

Médica Especialista em Medicina Interna. Membro Integrado da Unidade de Investigação Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade NOVA de Lisboa. Professora Auxiliar de Medicina Clínica da NOVA Medical School – Universidade NOVA de Lisboa, e foi Regente da Unidade Curricular O Doente Idoso. Pró-Reitora da Universidade NOVA de Lisboa.

### **Renato Oliveira**

Médico Interno de Formação Específica em Neurologia do Hospital da Luz Lisboa e do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE. Membro do Centro de Cefaleias do Hospital da Luz Lisboa. Membro Integrado da Unidade de Investigação Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade NOVA de Lisboa. Membro Suplente da Direção da Sociedade Portuguesa de Cefaleias.

### **Tomás Teodoro**

Médico Especialista em Psiquiatria. Mestre em Medicina pela Universidade NOVA de Lisboa, com formação especializada em Psiquiatria no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, em Portugal, e no St. George's University Hospitals NHS Foundation Trust e The Royal London Hospital, no Reino Unido. Responsável pela Consulta de Psiquiatria e Consulta Especializada de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção do Adulto na Clínica Médica Internacional de Lisboa. Membro Integrado da Unidade de Investigação Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade NOVA de Lisboa. Membro do Conselho Editorial da *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*. Docente Afiliado de Saúde Mental da NOVA Medical School – Universidade NOVA de Lisboa, e de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Autor de vários capítulos em livros técnicos, artigos científicos e trabalhos das áreas da Psiquiatria, Psicopatologia, Gerontologia e Sexologia Clínicas.

## AUTORES

### **António Cruz Neves**

Médico Especialista em Psiquiatria no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. Coordenador da Unidade de Psiquiatria de Ligação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. Assistente Convidado das Unidades Curriculares de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da NOVA Medical School – Universidade NOVA de Lisboa.

### **Círia Pereira**

Assistente Hospitalar de Psiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE. Coordenadora do Núcleo Psiquiatria/Psicologia integrado na Equipa Multidisciplinar do Tratamento Cirúrgico da Obesidade do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. Coordenadora da Consulta de Perturbações de Comportamento Alimentar da Clínica CUF Almada.

### **Eduardo Doutel Haghghi**

Assistente Graduado de Medicina Interna. Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos. Pós-Graduação em Gerontologia/Geriatria pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Atual Responsável pela Consulta de Geriatria do Hospital da Luz de Lisboa. Foi Fundador e Coordenador da Unidade e Consulta de Geriatria do Hospital de Vila Franca de Xira, EPE.

### **Gonçalo Sobreira**

Assistente Hospitalar de Psiquiatria no Hospital de Vila Franca de Xira, EPE. Mestre em Medicina pela Universidade NOVA de Lisboa. Especialista em Psiquiatria e Subespecialista em Psiquiatria Forense pela Ordem dos Médicos. Competências de Peritagem Médica da Segurança Social e em Avaliação de Dano na Pessoa pela Ordem dos Médicos. Perito Psiquiatra no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. e no Gabinete de Psiquiatria Forense do Hospital Fernando da Fonseca, EPE. Perito do Sistema de Verificação de Incapacidades da Segurança Social, I.P.

### **Helena Bárrios**

Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar, com competências de Geriatria e Cuidados Paliativos pela Ordem dos Médicos. Diretora Clínica Adjunta do Hospital do Mar. Assistente Convidada da Unidade Curricular O Doente Idoso da NOVA Medical School – Universidade NOVA de Lisboa. Mestre em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Doutoranda em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

**João Capelo**

Médico Assistente de Medicina Física e de Reabilitação do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

**João Miguel Oliveira**

Psiquiatra do Serviço Regional de Psiquiatria Forense do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Perito do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. Perito do Instituto da Segurança Social, I.P.

**Jorge Manuel de Castro**

Assistente Hospitalar de Medicina Interna. Médico em Cuidados Paliativos da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz Lisboa. Aluno de Mestrado em Cuidados Paliativos da Universidade Católica Portuguesa.

**José Alberto Ribeiro-Gonçalves**

Doutorando em Psicologia Clínica: Envelhecimento e Sexualidade do William James Center for Reserach do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) – Instituto Universitário. Sexólogo Clínico da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC). Especialista em Prática Clínica na Depressão em Geriatria da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).

**Miguel Marques Ferreira**

Assistente de Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar (USF) Tejo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT).



## Prefácio

Foi com muito prazer e honra que aceitei o convite para prefaciar esta obra. Se à partida o respeito e a confiança nos autores me garantia a qualidade, a realidade confirmou-me o interesse social e individual para os técnicos de saúde que cuidam de pessoas mais velhas.

De facto, é hoje urgente a definição de competências científicas mínimas para acompanhar clinicamente este grupo, quer a nível social, da cobertura de organizações e estruturas, quer a nível individual, dos médicos e outros profissionais que, interdisciplinarmente, cuidam de idosos. Embora os autores refiram não pretender que se trate de um livro de texto ou de um manual teórico de Gerontologia e de Geriatria, na realidade, encontramos nesta obra o conteúdo fundamental para quem trabalha clinicamente nos cuidados às pessoas mais velhas, quer na estrutura base de conhecimento, quer na resposta às principais questões específicas.

Individualmente, ganhámos anos de vida; como sociedade, ganhámos muitas pessoas com muitos anos de vida, o que faz com que, política e financeiramente, nos deparemos com novos problemas de sustentabilidade, e socialmente, com novos dilemas éticos.

O facto de muitas pessoas viverem durante muitos anos implica que existam muitas pessoas/muitos pacientes com consequências da idade avançada. Se podemos, com estratégias de envelhecimento ativo, promover autonomia e sustentabilidade, como muito bem explicitado nesta obra, teremos sempre de considerar perdas, dependência, fragilidade funcional e cognitiva. E embora existam respostas associadas a novas estruturas sociais (apoio informal, lares, serviços de apoio domiciliário e centros de dia), estamos ainda muito aquém na organização de respostas na área da saúde dirigidas genericamente ao envelhecimento, na capacidade de integrar cuidados e na urgente passagem do paradigma de doença aguda para o da continuidade na doença crónica.

Também na capacitação e qualidade do acompanhamento clínico há ainda um caminho a percorrer: como organizações e como profissionais, necessitamos desenvolver e estruturar conhecimento clínico técnico-científico que responda às necessidades das pessoas.

No fundo, e para além da continuidade e integração, revela-se cada vez mais básico para a qualidade mínima do seguimento clínico e para a organização dos cuidados, o conteúdo técnico e o conhecimento clínico esperado nos profissionais.

E é por isso que, para muitos dos atores que no terreno são responsáveis pelos cuidados clínicos a pessoas mais velhas, esta obra se pode revelar muito útil na integração de conhecimentos e na utilização diária com vista à satisfação de necessidades objetivas. O livro inicia-se com a compreensão do próprio envelhecimento, e a interiorização de que não há boas soluções secundárias, terciárias ou quaternárias sem uma eficaz intervenção comunitária e individual na obtenção de um envelhecimento ativo

e do controlo das necessidades nas idades mais avançadas. Seguem-se capítulos mais dirigidos e específicos: as síndromes geriátricas, a mobilidade e as quedas, a doença mental, os lutos e a terminalidade, e os Cuidados Paliativos são aqui tratados e apresentados em contexto e com enquadramento científico, sendo ainda integrados em casos clínicos que transportam à prática e realidade diária.

Certamente, será uma obra de grande utilidade na formação de base de quem quer trabalhar nesta área, mas também de consulta permanente perante os problemas do quotidiano.

*Manuel Caldas de Almeida*

(Diretor Clínico do Hospital do Mar Lisboa; Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Mora)



# Introdução

O inexorável envelhecimento populacional a nível mundial coloca importantes desafios aos sistemas de saúde. Numa perspetiva mais abrangente, a resposta a estes desafios implica necessariamente uma mudança de perspetiva por parte dos profissionais, dos responsáveis pela sua educação e formação e, ainda, por parte dos decisores políticos. A filosofia subjacente à prestação de cuidados de saúde nas últimas décadas tem sido centrada na abordagem de doença aguda em contexto hospitalar. É importante a mudança para uma prestação de cuidados holísticos, preventivos e integrados de modo individualizado por equipas multiprofissionais que trabalhem de forma articulada e integrada. A Gerontologia é a área do conhecimento que se dedica ao estudo dos fenómenos biológicos, psicológicos e sociais associados ao envelhecimento humano e que, por sua vez, informa parte do corpo de conhecimento a ser aplicado clinicamente em Geriatria. A Geriatria corresponde, portanto, a uma área de aplicação prática na clínica de conhecimento sobre envelhecimento e doença. Em vários países europeus a Geriatria é considerada uma especialidade ou subespecialidade médica autónoma. Apesar de tal não se verificar atualmente em Portugal, a Geriatria é já reconhecida como competência pela Ordem dos Médicos desde 2014. É relevante a crescente publicação e divulgação de trabalhos nacionais na área do envelhecimento por forma a contribuir para a premente mudança de paradigma nesta área.

Este livro pretende expor um diferente modo de olhar a avaliação clínica, identificação de necessidades e abordagem de intervenção individualizada na diversidade de pessoas mais velhas que se apresentam perante diferentes níveis de cuidados de saúde. Nesse sentido, apresentam-se um conjunto de casos clínicos paradigmáticos organizados por grandes áreas temáticas: “Envelhecimento e Saúde” (Capítulo 1); “Doença, Síndromes Geriátricas e Fragilidade” (Capítulo 2); “Atividade Física, Mobilidade e Quedas” (Capítulo 3); “Saúde Mental no Envelhecimento e Perturbações Neuropsiquiátricas” (Capítulo 4); “Sexualidade e Envelhecimento” (Capítulo 5); “Medicina Paliativa, Ética, Direito e Participação” (Capítulo 6); “Aspetos Médico-Legais” (Capítulo 7); e “Avaliação Geriátrica Global e Plano Individual de Cuidados” (Capítulo 8). Em relação a cada caso, existe uma vinheta clínica em que é possível identificar uma problemática principal que é explorada de modo estruturado [motivo, contexto e apresentação clínica; avaliação global estruturada incluindo cognição, risco de quedas, funcionalidade e contexto social e familiar; e proposta de abordagem integrada segundo um plano individual de cuidados (PIC)]. Cada caso termina com um conjunto de ideias-chave e aspetos de relevo para a prática clínica que pretendem ter sido salientados através da sua exposição. O foco desta obra será, portanto, a aplicação prática de conceitos e princípios fundamentais da medicina geriátrica. Não obstante não pretender tratar-se de um livro de texto ou um manual teórico de Gerontologia e Geriatria, inclui breves introduções teóricas a cada área temática com vista a delinear os conceitos

fundamentais que vão ser abordados em particular nos casos integrados na respetiva secção.

Esta obra destina-se especialmente ao abrangente grupo de profissionais que lidam com a heterogénea população de pessoas com idades mais avançadas, em diferentes âmbitos, contribuindo para a prestação de cuidados multiprofissionais integrados. Entre os seus destinatários incluem-se necessariamente médicos com atividade clínica no âmbito geriátrico e gerontológico (Medicina Interna, Medicina Geral e Familiar, Neurologia, Psiquiatria, Medicina Física e de Reabilitação), psicólogos, neuropsicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros. Será ainda útil a estudantes a nível pré-graduado e pós-graduado em áreas de saúde (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, técnicos superiores de saúde, entre outros). Os indivíduos que desempenham o papel de cuidadores (formais ou informais) poderão também ter interesse em conhecer a abordagem integrada de situações clínicas que apresentam desafios com que são confrontados diariamente.

*Amália Botelho  
Renato Oliveira  
Tomás Teodoro  
(coordenadores)*

# 1 Envelhecimento e Saúde

Helena Bárrios, Renato Oliveira

## CONTEÚDOS

- Envelhecimento biológico e alterações próprias do envelhecimento
- Envelhecer de forma saudável
- Promoção da saúde
- Acompanhamento de pessoas idosas em cuidados de saúde e na comunidade
- Prevenção em pessoas idosas

## ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO NORMAL E PRINCIPAIS ALTERAÇÕES PRÓPRIAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento resulta da acumulação de mudanças ao longo do tempo, representando um processo multidimensional de mudanças físicas, fisiológicas e sociais<sup>1</sup>. O envelhecimento biológico é um processo fisiológico, inevitável, previsível e irreversível, próprio dos seres vivos, em que ocorre diminuição das reservas fisiológicas e propensão aumentada para doenças<sup>2</sup>. Contribui para uma incapacidade progressiva de manutenção do equilíbrio homeostático em condições de sobrecarga funcional. São várias as alterações que ocorrem com o envelhecimento e que são consideradas próprias deste processo por se poderem manifestar potencialmente em todos os indivíduos da espécie<sup>3</sup> (Tabela 1.1).

O processo de envelhecimento, em cada indivíduo, deriva da combinação entre fatores de natureza genética e fatores extrínsecos a que tenha sido exposto<sup>4</sup>. Existe uma grande heterogeneidade nesta interação de fatores, pelo que o envelhecimento não é um processo homogêneo, surgindo com ritmos diferentes em pessoas diferentes e, no mesmo indivíduo, com processos biológicos e em órgãos diferentes<sup>1,3</sup>.

Conceptualmente o envelhecimento saudável é o processo que visa manter a capacidade funcional de forma a permitir às pessoas realizarem as suas necessidades básicas, serem capaz de tomar decisões, terem mobilidade, manterem relações sociais e contribuir para a sociedade<sup>5</sup>. Inclui ainda a percepção de saúde, isto é, noção sobre a própria saúde. Adicionalmente, e de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem, reconhecendo que são vários os fatores individuais, familiares, sociais e ambientais que influenciam e determinam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem<sup>6</sup>. Alguns autores reconhecem ainda o conceito de envelhecimento extremamente saudável, atribuído às pessoas idosas que não

## Consequências/Complicações

Quando em estágio avançado, há ausência de movimentos articulares e de mudança postural que acentuam dependência. A própria imobilidade agrava o grau de imobilidade existente.

A síndrome de imobilidade afeta o organismo como um todo, tendo repercussões ao nível dos diferentes órgãos e sistemas e no seu metabolismo. No Quadro 2.1, podem ser analisadas consequências e complicações inerentes a esta situação clínica<sup>17</sup>.

**Quadro 2.1 – Complicações e consequências da síndrome de imobilidade.**

<b>Cutâneas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Micoses (humidade, higiene deficitária, roupas inadequadas)</li> <li>• Xerodermia (baixa sudorese)</li> <li>• Dermatite das fraldas (contacto da urina com a pele)</li> <li>• Úlceras por pressão (compressão e isquemia tecidual, doenças)</li> </ul>
<b>Musculoesqueléticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraturas (fusão das fibras colagênicas, perda de elasticidade)</li> <li>• Sarcopenia (perda de unidades motoras, perda de força muscular)</li> <li>• Anquilose (flexão das articulações, contraturas, redução da amplitude de movimentos, baixo fluxo sinovial, degeneração e aderência das cartilagens intra-articulares)</li> <li>• Osteoporose (ausência de sustentação do peso e de atividade muscular)</li> </ul>
<b>Cardiovasculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombose venosa profunda/tromboembolismo pulmonar (estase venosa; maior coagulabilidade nos idosos)</li> <li>• Isquemia arterial aguda (ateroma em membro com postura em ângulo inferior a 20° devido a contratura)</li> <li>• Hipotensão postural (diminuição da resposta normal da frequência e do débito cardíacos para as mudanças posturais, agravada por doenças e medicamentos)</li> </ul>
<b>Respiratórias</b>	<p>Pneumonia (às alterações do envelhecimento com diminuição do reflexo de tosse, da elasticidade da parede torácica, da superfície alveolar e do número de macrófagos alveolares, acresce redução da expansão pulmonar por diminuição da mobilidade diafragmática, acumulação de líquido nas bases pulmonares, encerramento de unidades respiratórias e atelectasia, aspiração de conteúdo gastroesofágico para as vias respiratórias), agravada por doenças pulmonares e medicamentos</p>
<b>Digestivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anorexia</li> <li>• Obstipação (trânsito intestinal lento, pouco aporte hídrico e de fibra, disfunção anorretal, fraqueza da musculatura abdominal, manutenção no leito para a evacuação, doenças, medicamentos)</li> <li>• Fecalomas (podendo ocorrer falsa diarreia e impaction fecal)</li> <li>• Disfagia (presente em quase 100%, por dificuldades progressivas de formar e impulsionar o bolo alimentar e de operacionalizar o reflexo da deglutição, com risco para broncoaspiração)</li> </ul>

(Continua)



## CASO CLÍNICO 2.1

### Incontinência Urinária

Eduardo Doutel Haghighi

#### IDENTIFICAÇÃO, CONTEXTO E SITUAÇÃO ATUAL

MJ, mulher de 72 anos de idade, vem sozinha à consulta de Medicina Interna, pela primeira vez. Refere que costuma frequentar muitas consultas de várias especialidades médicas diferentes. Já foi a consultas de Cardiologia, Endocrinologia, Ortopedia, Pneumologia, Reumatologia, Imunoalergologia, e a outras que já não se recorda. Pretende agora ter um médico que consiga gerir as suas doenças, rever toda a medicação e que lhe esclareça várias dúvidas. Afirma que se sente com saúde, tenta ser ativa e quer continuar a envelhecer da forma mais saudável possível.

Quando questionada de forma sistematizada por fatores de risco para síndromes geriátricas, confirmou perda involuntária de urina, embora o tentasse desvalorizar, mencionando que não era o âmbito da consulta. Afirmou que este problema se acentuou nos últimos seis meses, sendo cada vez mais frequente: mencionava poliúria e polaciúria (sem disúria), não chegando a tempo ao sanitário, assim como perdas de urina com “a tosse e os espirros”. Passou a usar pensos absorventes de dia e às vezes fraldas à noite, mas que nunca o tinha revelado a ninguém. Por este motivo, deixou de realizar algumas tarefas que antes lhe davam prazer, deixou de ir às compras, e começou a sair cada vez menos de casa. Conformada com este problema, referiu que devia ser “um problema da velhice”.

#### ANTECEDENTES PESSOAIS

MJ tem história de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus* tipo 2 não tratada com insulina, osteoporose, hipotireoidismo, fibrilhação auricular, osteoartrose, obesidade e rinite alérgica.

Foi apendicectomizada aos 21 anos, colecistectomizada aos 48 anos e colocou uma prótese da anca à esquerda aos 68 anos.

Encontra-se medicada com:

- Levotiroxina: 0,025 mcg, 1 comprimido em jejum;
- Enalapril + hidroclorotiazida: 20 + 12,5 mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Indapamida: 1,25 mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Furosemida: 40 mg, ½ comprimido em jejum e ½ comprimido ao lanche;
- Metformina + vildagliptina: 1000 + 50 mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço e 1 comprimido ao jantar;
- Rivaroxabano: 20 mg, 1 comprimido ao almoço;
- Bisoprolol: 2,5 mg, 1 comprimido ao almoço;

de exercício físico. Dextra e previamente independente nas atividades básicas da vida diária (ABVD) e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), apesar de ser frequentemente substituída nas compras do supermercado pela filha e pelo genro, com os quais coabita.

Reside numa vivenda no distrito de Lisboa, com dois andares, com quatro degraus para entrada como barreira arquitetónica. Vive no rés do chão e a vivenda tem duas casas de banho (no rés do chão com base de duche e no 1.º andar com banheira). CF possui o 4.º ano de escolaridade e sempre foi doméstica. Como atividades preferidas refere bordar e ver televisão.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Sem antecedentes familiares de relevo no contexto.

## AValiação

Ao exame objetivo, apresentava-se vígil, calma e colaborante, com idade aparente concordante com a idade real. Estava orientada em todas as vertentes. A pressão arterial era de 126/73 mmHg, a frequência cardíaca, de 70 batimentos por minuto (bpm), com pulso regular, o peso era de 49 kg, e a altura, de 1,57 m [índice de massa corporal (IMC) de 19,9 kg/m<sup>2</sup>]. Dor basal de 2 em 10 pela escala numérica analógica (ENA). Encontrava-se corada e hidratada. Auscultação cardíaca sem sopros e auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido e simétrico. Ao exame neurológico, não apresentava alterações das funções nervosas superiores, dos pares cranianos, ou da sensibilidade.

A nível da anca direita, apresentava cicatriz diagonal com cerca de 12 cm, na região pósterio-lateral da anca, com rubor pericicatricial, sem deiscência, sem outros sinais inflamatórios. Amiotrofia da coxa direita (com menos de 3 cm de perimetria, 20 cm acima do polo superior da rótula, em relação à coxa contralateral). Pulso poplíteo, tibial posterior e pedioso presentes e simétricos. Amplitudes articulares das ancas na Tabela 3.3.

Tabela 3.3 – Amplitudes articulares das ancas.

Anca	Direita	Esquerda
Flexão	80°	90°
Extensão	10°	10°
Abdução	30°	40°
Adução	0°	15°
Rotação interna (RI)	20°	30°
Rotação externa (RE)	30°	40°

# 5 Sexualidade e Envelhecimento

José Alberto Ribeiro-Gonçalves, Tomás Teodoro

## CONTEÚDOS

- Contextualização epidemiológica
- Sexualidade, envelhecimento e saúde física, psicológica e psicossocial
- Atitudes dos profissionais de saúde e cuidadores face à sexualidade no envelhecimento
- Problemas sexuais relacionados com doenças crónicas e iatrogenia medicamentosa
- Questões LGBT e envelhecimento

## CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Estima-se que em 2050 haverá mais de dois mil milhões de pessoas com 60 anos ou mais, representando o dobro de pessoas idosas registadas em 2017, e até cinco vezes mais do que havia em 1980<sup>1</sup>. Com este aumento significativo da esperança média de vida, umas das principais preocupações dos organismos internacionais de saúde é que as pessoas, além de viverem mais, vivam mais anos com saúde e qualidade de vida; havendo, particularmente, um investimento significativo em indicadores que se mostrem preditores importantes de saúde, como a componente da sexualidade<sup>2,3</sup>.

A saúde sexual é um aspeto multidimensional essencial do bem-estar dos seniores. Vários estudos associam a atividade sexual em pessoas idosas com maior prazer na vida, maior bem-estar emocional e níveis mais elevados de saúde geral<sup>4,5,6</sup>. Níveis elevados de bem-estar sexual parecem estar associados a menores taxas de mortalidade, menores níveis de *stress* e menos disfunções sexuais, tal como a maior satisfação relacional, maior desejo sexual, melhor desempenho cognitivo e melhor saúde cardiovascular<sup>4,7,8</sup>.

Sabe-se que a expressão da sexualidade na população idosa varia segundo a cultura e o contexto social, económico e individual; contudo, estudos internacionais indicam que entre 70 a 84% dos países relatam atividade sexual em pessoas idosas<sup>5</sup>. Mulheres e homens sénior indicam participar em sexo vaginal, sexo oral e masturbação até depois dos 80 anos, sendo que aproximadamente 73% dos homens e 41% das mulheres sénior relatam envolvimento frequente em preliminares, incluindo abraços, beijos e toques sexuais. A qualidade da vivência e expressão da sexualidade no envelhecimento está marcada muitas vezes pela forma como o indivíduo experienciou a sua sexualidade ao longo do ciclo de vida, daí a importância em abordar três grandes dimensões em relação à expressão e vivência da sexualidade na idade sénior, que serão exploradas a seguir: física/somática, psicossocial/contextual e psicológica/psiquiátrica<sup>5,9</sup>.

Tabela 7.1 – Tipos de abuso e indicadores<sup>12,13</sup>.

Tipos de Abuso	Indicadores
Físico (uso da força, resultando em danos físicos ou psicológicos ou desconforto; pode incluir abuso sexual)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas e lesões inexplicadas – lesões com vários estádios de evolução e/ou em locais inesperados</li> <li>• Utilização de contenções</li> <li>• <i>Delirium</i>/Síndrome confusional aguda</li> <li>• Mudanças súbitas de comportamento, como automutilação, isolamento, agressão</li> <li>• Infecções sexualmente transmissíveis</li> <li>• Infecções genitais recorrentes</li> <li>• Equimoses, lacerações na região mamária ou genital</li> <li>• Mudanças no comportamento sexual</li> </ul>
Psicológico (uso de palavras, atos ou outros meios para causar <i>stress</i> emocional)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação da agressão</li> <li>• Sinais subtis de intimidação, como não responder a questões na presença do cuidador</li> <li>• Evidência de isolamento da vítima de amigos e cuidadores</li> <li>• Depressão e/ou ansiedade</li> </ul>
Negligência (falta ou recusa de oferecer alimentos, medicamentos, cuidados pessoais ou outras necessidades básicas; inclui o abandono)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlceras de pressão</li> <li>• Desnutrição/Desidratação</li> <li>• Maus cuidados de higiene</li> <li>• Não adesão ao plano terapêutico</li> <li>• <i>Delirium</i>/Síndrome confusional aguda</li> </ul>
Financeiro (exploração/apropriação dos bens ou fundos da vítima)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidade de pagar os tratamentos e ou necessidades básicas</li> <li>• Incapacidade recorrente de renovar receitas ou comparecer às consultas</li> <li>• Desnutrição, perda ponderal</li> <li>• Despedimentos de cuidadores</li> </ul>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Regulamento n.º 14/2009, de 13 de janeiro. Aprova o Código Deontológico da Ordem dos Médicos. *Diário da República* n.º 8/2009, Série II de 2009-01-13. Disponível em: [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1434&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1434&tabela=leis&so_miolo=), acessado a 6 de março de 2022.
2. DL n.º 48/95, de 15 de março. Aprova o Código Penal. *Diário da República* n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15. Disponível em: [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=109&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis&so_miolo=), acessado a 6 de março de 2022.
3. DL n.º 47344/66, de 25 de novembro. Aprova o Código Civil e regula a sua aplicação - Revoga, a partir da data da entrada em vigor do novo Código Civil, toda a legislação civil relativa às matérias que o mesmo abrange. *Diário do Governo* n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25. Disponível em: [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=775&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=775&tabela=leis&so_miolo=), acessado a 6 de março de 2022.
4. Comissão Europeia (Representação em Portugal). *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia: em Linguagem Simplificada*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2020.
5. Norma n.º 15/2013, de 3 de novembro. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito – Normas de Orientação Clínica. *Direção-Geral da Saúde*.

# Anexo A Avaliação da Funcionalidade

Amália Botelho, Renato Oliveira, Tomás Teodoro

## ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

### Escala de Katz

Adaptado de Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., *et al.* (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185:914-919. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016.

Atividades	Independente (1 ponto) – sem supervisão ou assistência pessoal	Dependente (0 ponto) – com supervisão ou assistência pessoal, ou cuidados totais
Lavar-se	Toma banho, sem necessitar de qualquer ajuda ou necessita de ajuda apenas para uma parte (singular) do corpo como a zona lombar ou a área genital	Precisa de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, ou para entrar ou sair do banho
Vestir-se	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apanha a roupa e veste-se por completo, sem necessitar de ajuda</li><li>• Apenas necessita de ajuda para apertar os sapatos</li></ul>	Precisa de ajuda para apanhar a roupa e não se veste por completo
Utilizar a casa de banho	Utiliza a sanita, limpa-se e veste a roupa, sem qualquer ajuda. Utiliza o bacio durante a noite e despeja-o de manhã, sem ajuda	Precisa de ajuda para ir à sanita, para se limpar, para vestir a roupa e para usar o bacio, de noite. Não consegue utilizar a sanita
Mobilizar-se	Entra e sai da cama, senta-se e levanta-se, sem ajuda. Auxiliares mecânicos de transferência são aceitáveis	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entra e sai da cama e senta-se e levanta-se da cadeira, com ajuda</li><li>• Não se levanta da cama</li></ul>
Ser continente	Controla completamente os esfíncteres, anal e vesical, não tendo perdas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tem incontinência ocasional</li><li>• É incontinente ou usa sonda vesical, necessitando de vigilância</li></ul>
Alimentar-se	Come sem qualquer ajuda	Necessita de ajuda para comer, ou é alimentado parcial ou totalmente, por sonda ou por via endovenosa

**Pontuação final:** \_\_\_/6 pontos

6 = pessoa independente

0 = pessoa muito dependente

# Anexo G Avaliação Cognitiva

Amália Botelho, Renato Oliveira, Tomás Teodoro

## MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN

Adaptado de Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12:189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.

### I. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz” (dar 1 ponto por cada resposta correta).

Questão	Resposta	Pontuação
1. Em que ano estamos?		
2. Em que mês estamos?		
3. Em que dia do mês estamos?		
4. Em que estação do ano estamos?		
5. Em que dia da semana estamos?		
6. Em que país estamos?		
7. Em que distrito vive?		
8. Em que terra vive?		
9. Em que casa estamos?		
10. Em que andar estamos?		

Pontuação: \_\_\_/10 pontos

### II. RETENÇÃO

“Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras.” As palavras são:

PERA                      GATO                      BOLA

“Repita as três palavras” (dar 1 ponto por cada palavra correta).

PERA \_\_\_\_\_ GATO \_\_\_\_\_ BOLA \_\_\_\_\_ Pontuação: \_\_\_/3 pontos

### III. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar” (dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30)      (27)      (24)      (21)      (18)      (15)      Pontuação: \_\_\_/5 pontos

# Geriatría

## Conceitos Essenciais e Casos Clínicos

Este livro foca os aspetos mais relevantes da vivência biopsicossocial, ou seja, dos aspetos biológicos, psicológicos e sociais das pessoas idosas. Esta obra é constituída por 8 capítulos e 16 casos clínicos didáticos:

1. Envelhecimento e Saúde
2. Doença, Síndromes Geriátricas e Fragilidade
3. Atividade Física, Mobilidade e Quedas
4. Saúde Mental no Envelhecimento e Perturbações Neuropsiquiátricas
5. Sexualidade e Envelhecimento
6. Medicina Paliativa, Ética, Direito e Participação
7. Aspetos Médico-Legais
8. Avaliação Geriátrica Global e Plano Individual de Cuidados

Este livro, enquanto complemento de informação e formação na área do envelhecimento, contribuirá para a harmonização de abordagens.

Os vários autores são peritos no âmbito da Gerontologia Clínica, pelo que apresentam o modo de olhar, a avaliação clínica, a identificação de necessidades e a abordagem de intervenção individualizada necessárias quando estamos perante pessoas mais velhas, com diversidade em tipos de cuidados de saúde e aplicação prática de conceitos e princípios fundamentais da Medicina Geriátrica.

Esta obra destina-se a todos os profissionais de saúde e intervenientes que lidam com a população idosa, como médicos, enfermeiros, terapeutas e outros profissionais.

### **Amália Botelho**

Médica Especialista em Medicina Interna. Membro Integrado da Unidade de Investigação Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade NOVA de Lisboa. Pró-Reitora da Universidade NOVA de Lisboa.

### **Renato Oliveira**

Médico Interno de Formação Específica em Neurologia no Hospital da Luz Lisboa e no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE. Membro Integrado da Unidade de Investigação Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade NOVA de Lisboa. Membro Suplente da Direção da Sociedade Portuguesa de Cefaleias.

### **Tomás Teodoro**

Médico Especialista em Psiquiatria. Responsável pela Consulta de Psiquiatria e Consulta Especializada de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção do Adulto na Clínica Médica Internacional de Lisboa. Membro Integrado da Unidade de Investigação Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade NOVA de Lisboa. Docente Afiliado de Saúde Mental da NOVA Medical School – Universidade NOVA de Lisboa, e de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.



ISBN 978-989-752-806-4



9 789897 528064

www.lidel.pt