

Plano de Cuidados do Idoso



Guia prático para a Consulta
de Medicina Geral e Familiar

GESI

Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da APMGF

Índice

1.	Introdução.....	4
2.	Visão.....	10
3.	Audição.....	12
4.	Nutrição.....	13
5.	Saúde Oral.....	17
6.	Incontinência.....	23
7.	Sexualidade.....	26
8.	Marcha e funcionalidade.....	28
9.	Psicológico.....	35
10.	Socio-económico.....	56
11.	Medicação.....	61
12.	Espiritualidade e Diretivas Antecipadas de Vontade.....	69
13.	Vacinação	73



Introdução

O envelhecimento da população coloca desafios únicos aos cuidados de saúde primários (CSP), especialmente pela complexidade na gestão de múltiplas patologias e pelo aumento das limitações funcionais. Um plano de cuidados personalizado (PCP) garante que os cuidados de saúde às pessoas mais velhas são centrados na pessoa e adaptados às necessidades, valores e objetivos individuais.

Os PCP melhoram os resultados de saúde ao envolver os doentes na tomada de decisões partilhadas, o que permite que as pessoas assumam um papel mais interventivo sobre a sua saúde, o que, por sua vez, incentiva a independência e melhora o bem-estar geral.

Este guia descreve os principais componentes envolvidos no desenvolvimento e implementação de um PCP.

1. Componentes do Plano de Cuidados Personalizado

Com base nas Orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Avaliação Centrada na Pessoa e Percursos nos Cuidados Primários, o processo de desenvolvimento e implementação de um PCP inclui cinco etapas críticas.

Passo 1: Rever os resultados e discutir as oportunidades para melhorar a capacidade funcional, a saúde e o bem-estar

No primeiro passo é necessário rever os resultados da avaliação centrada na pessoa. Esta avaliação irá gerar uma lista de intervenções propostas que podem ser incluídas no plano de cuidados e discutidas com o doente. Nesta fase, é também crucial discutir as oportunidades para melhorar a capacidade funcional, a saúde e o bem-estar.

Passo 2: Definição de objetivos centrados na pessoa

Uma vez avaliadas as necessidades da pessoa, o passo seguinte é definir e acordar de forma colaborativa os objetivos de cuidados. As metas definidas devem ser específicas, realistas e alinhadas com os valores e prioridades de saúde da pessoa mais velha. Devem também ser definidos limites temporais.

Uma perspectiva mais pró-activa e positivista sobre o planeamento dos cuidados consiste em considerar os planos de cuidados como uma forma de capacitar os doentes para manter ou melhorar a sua saúde. Tradicionalmente, o estabelecimento de objetivos tende a manter-se dentro do paradigma médico, ou seja, os objetivos tendem a centrar-se em tratamentos, medicamentos ou resultados de exames. Contudo, os planos de cuidados eficazes que melhoram a saúde e o bem-estar exigem construção baseada nos objetivos pessoais do doente e devem estar ligados aos resultados funcionais que desejam alcançar (tabela 1).

Tabela 1 - Adaptação dos objetivos de cuidados à pessoa

Em vez de	O plano deve dizer
Necessidade: Prevenção de quedas	Necessidade: Preciso de fortalecer os músculos para melhorar o equilíbrio
Objetivo: Prevenir idas às urgências	Objetivo: Ser capaz de usar as escadas sem necessitar de assistência
Ação: Referenciação para Programa de Medicina Física e Reabilitação	Ações: O médico deve encaminhar-me para tratamentos de fisioterapia; discutirei exercícios de fortalecimento que mais se adequam a mim; vou juntar-me a um grupo de caminhadas semanal

O estabelecimento de objetivos desta forma tem uma série de vantagens, particularmente no contexto de doentes mais velhos que vivem com fragilidade. Desta forma, o estabelecimento de objetivos incentiva a verbalizar o que é importante para eles e, assim, favorece um cuidado mais centrado no doente. Adicionalmente, esta abordagem pode ajudar a simplificar a tomada de decisões em doentes com múltiplas morbilidades, concentrando-se em resultados que abrangem várias condições e alinhando os tratamentos com os objetivos do doente.

Além de definir objetivos, é crucial estabelecer prioridades, dando foco àqueles que a pessoa se sente mais motivada a trabalhar de imediato, enquanto outros podem ser desenvolvidos a médio e longo prazo.

Definição de objetivos a curto, médio e longo prazo

O desenvolvimento de um PCP exige a definição de metas claras e realistas, organizadas em objetivos de curto, médio e longo prazo (figura 1). Estes objetivos estruturam as intervenções de saúde, garantindo que os cuidados são ajustados às necessidades, preferências e evolução da condição da pessoa.

Os objetivos de curto prazo, que abrangem dias a semanas, focam-se em necessidades imediatas, como a gestão de problemas agudos, segurança e manutenção da funcionalidade básica. Já os objetivos de médio prazo, definidos para semanas ou meses, visam a estabilização da condição geral e a melhoria da capacidade funcional, funcionando também como pontos de verificação para ajustar o plano de cuidados.

A longo prazo, os objetivos estendem-se por meses ou anos e centram-se na manutenção da qualidade de vida, preservação da autonomia e prevenção do declínio físico e cognitivo. Estes três níveis de objetivos garantem um acompanhamento estruturado e contínuo, orientando tanto os profissionais como a pessoa na obtenção de resultados significativos.

Plano de Cuidados

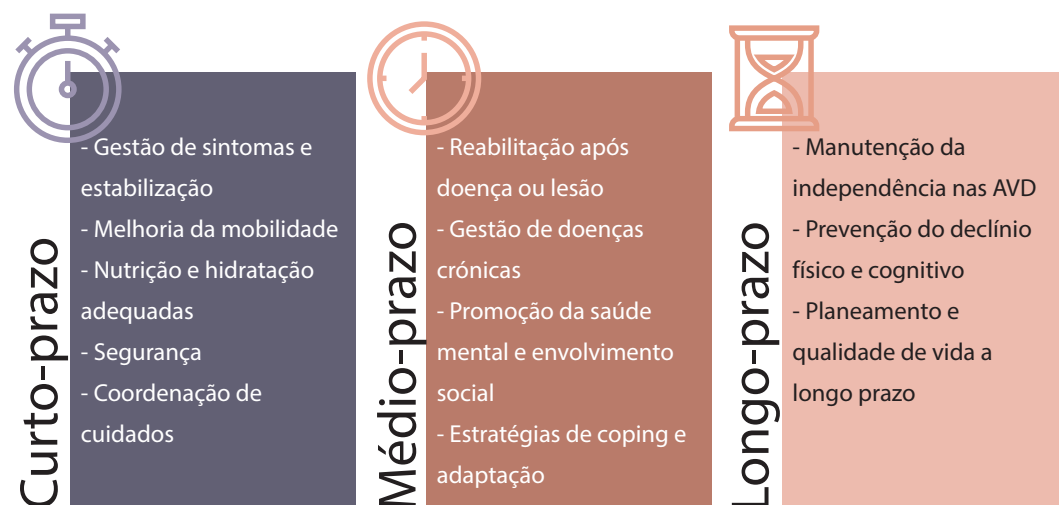


Figura 1 - Plano de Cuidados em diferentes horizontes temporais, com objetivos específicos para cada fase.



1. Componentes do Plano de Cuidados Personalizado

Os objetivos definidos devem ser flexíveis, permitindo ajustes regulares conforme a evolução da saúde, preferências e circunstâncias da pessoa. A reavaliação contínua garante que o plano de cuidados permanece centrado na pessoa e adaptado às suas necessidades.

Passo 3: Desenvolver o plano de cuidados

Uma vez definidas as metas, o plano de cuidados deve ser desenvolvido ao pormenor. O plano deve ser adaptado para responder às necessidades de saúde física, social e mental do indivíduo e deve refletir as prioridades identificadas nas etapas anteriores.

- **Abordagem Multidisciplinar:** Os planos de cuidados das pessoas mais velhas devem envolver uma equipa de profissionais de saúde, incluindo médicos (idealmente com competência em geriatria), enfermeiros, nutricionistas, terapêutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros. Uma abordagem colaborativa garante que todos os aspetos da saúde da pessoa – médicos, funcionais e sociais – são abordados.
- **Intervenções Integradas:** O plano deve incluir intervenções que promovam a saúde e o bem-estar social. Por exemplo, as intervenções podem centrar-se na otimização da mobilidade, nutrição e saúde mental, ao mesmo tempo que abordam o isolamento social ou a segurança doméstica. É também importante disponibilizar ferramentas de autogestão e recursos educativos para capacitar as pessoas mais velhas na gestão da sua saúde.

Passo 4: Implementar o Plano de Cuidados

A implementação é uma etapa crítica, onde a pessoa, a sua família e a equipa de saúde trabalham em conjunto para colocar o plano em ação. Isto requer uma comunicação e coordenação claras entre todas as partes interessadas. Reavaliações regulares entre o médico, pessoa e cuidadores ajudam a manter todos os intervenientes alinhados quanto às intervenções e objetivos.

As pessoas mais velhas, especialmente aquelas com fragilidade, podem necessitar de apoio contínuo para cumprir o plano, que pode envolver, por exemplo, sessões de fisioterapia, gestão de medicação e assistência com as atividades de vida diária. É também essencial prestar apoio emocional e psicológico, tendo em conta a prevalência de problemas como a depressão ou a ansiedade, que podem dificultar a adesão ao plano de cuidados.

Passo 5: Monitorização e acompanhamento

Finalmente, o plano de cuidados deve ser regularmente revisto e ajustado com base no progresso da pessoa e em quaisquer alterações no seu estado de saúde. Isto garante que o cuidado se mantém centrado na pessoa e responde às necessidades em evolução.

As consultas regulares são essenciais para acompanhar o progresso e identificar quaisquer problemas de saúde novos ou emergentes. A monitorização deve envolver avaliações tanto dos resultados clínicos como da qualidade de vida, permitindo ajustes atempados no plano. O plano e os resultados das intervenções, incluindo quaisquer barreiras encontradas ou complicações que surjam, devem estar documentados no processo clínico e ser partilhados com a pessoa e seus familiares/cuidadores.

2. Adaptação do Plano de Cuidados às Pessoas Mais Velhas

O desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado para esta faixa etária requer uma consideração cuidadosa das suas necessidades, preferências e desafios únicos. Dois temas essenciais na adaptação dos PCPs são a abordagem dos desafios de comunicação e o foco na manutenção da independência e na qualidade de vida, especialmente para as pessoas mais velhas mais frágeis.

Uma comunicação eficaz é fundamental para compreender e responder às preferências e valores da pessoa, mas pode ser dificultada por barreiras físicas, cognitivas e emocionais.

2.1 Desafios de Comunicação com Pessoas Mais Velhas

A comunicação é um aspeto crítico do desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado para as pessoas mais velhas, pois constitui a base para a compreensão das suas necessidades, preferências e capacidades. No entanto, a comunicação difere significativamente de outras faixas etárias devido a vários fatores físicos, cognitivos e sociais. Estas diferenças apresentam desafios únicos que devem ser abordados para garantir um planeamento de cuidados eficaz.

Como difere a comunicação para os adultos mais velhos

Os adultos mais velhos enfrentam barreiras de comunicação distintas em comparação com as populações mais jovens. Estes incluem:

- **Défices sensoriais:** A perda auditiva e as deficiências visuais são comuns entre as pessoas mais velhas. Estas condições dificultam a comunicação verbal e não verbal. Pode ser necessário um discurso claro, uma linguagem simplificada e dispositivos de apoio para garantir uma compreensão eficaz da informação que está a ser partilhada.
- **Declínio Cognitivo:** Muitos adultos mais velhos experimentam graus variados de declínio cognitivo, o que pode afetar a sua capacidade de processar e recuperar informação, exigindo que os profissionais de saúde sejam pacientes, repitam pontos-chave e utilizem recursos escritos ou visuais.
- **Fatores Emocionais e Sociais:** A solidão, ansiedade ou depressão podem afetar a comunicação. A empatia e a escuta ativa são cruciais para construir relações e garantir que as pessoas se sintam ouvidas e compreendidas
- **Antecedentes culturais e o nível educacional** podem influenciar a forma como a pessoa interpreta a informação sobre a sua saúde e como toma decisões sobre os seus cuidados. A equipa de saúde deve estar atenta a estes factores, utilizando linguagem apropriada e exemplos congruentes com as experiências vividas pelo indivíduo.

Desafios de comunicação no desenvolvimento de planos de cuidados personalizados

- **Sobrecarga de informação:** algumas pessoas mais velhas têm dificuldade em processar grandes quantidades de informação de uma só vez. A complexidade das suas condições de saúde exige, frequentemente, explicações sobre múltiplos diagnósticos e tratamentos, o que pode ser avassalador. Para mitigar esta situação, sugerimos dividir a informação em partes mais pequenas e fáceis de gerir, garantindo que cada informação é totalmente compreendida antes de avançar.
- **Dificuldade em priorizar as questões:** As pessoas mais velhas enfrentam frequentemente vários problemas de saúde em simultâneo pelo que podem ter dificuldade em identificar ou comunicar quais os problemas mais urgentes. Aquando da realização do plano devemos organizar os objetivos



de saúde de acordo com a sua prioridade.

- **Confiança e construção de relações:** Estabelecer confiança pode ser um desafio, especialmente se a pessoa for cética em relação ao sistema de saúde ou tiver tido experiências negativas no passado. Os profissionais de saúde mais jovens podem também enfrentar barreiras adicionais devido às diferenças de idade percebidas. A comunicação empática, a escuta ativa e o tempo dedicado à compreensão da perspectiva das pessoas mais velhas são cruciais para ultrapassar este desafio.
- **Idadismo e estereótipos:** O preconceito de idade pode ter um impacto negativo na comunicação, onde os profissionais de saúde podem adotar involuntariamente tons condescendentes ou assumir que os adultos mais velhos são incapazes de participar na tomada de decisões. Este preconceito pode também ser intrínseco à pessoa mais velha, dificultando o seu envolvimento na tomada de decisões. É importante evitar suposições sobre as pessoas mais velhas e, em vez disso, envolvê-las ativamente nas discussões sobre os seus cuidados.
- **Restrições de tempo:** As limitações de tempo inibem frequentemente uma comunicação eficaz. As pessoas mais velhas necessitam de mais tempo para compreender, processar e tomar decisões relativas aos seus cuidados, pelo que é necessário criar condições para alocar tempo suficiente para conversas significativas, mesmo em ambientes clínicos movimentados.

Estratégias para ultrapassar as barreiras de comunicação

- **Linguagem clara e simples:** evitar o jargão médico, falar devagar, repetir informações importantes e pedir à pessoa para parafrasear o que entendeu.
- **Escuta Ativa e Empatia:** ter atenção aos sinais verbais e não verbais da pessoa e garantindo que esta se sente valorizada na conversa.
- **Recursos visuais e instruções escritas:** utilizar imagens e instruções escritas que podem ser consultadas após a consulta.
- **Envolvimento dos cuidadores e/ou familiares nos casos em que as barreiras de comunicação são significativas**
- **Tempo extra em consulta sempre que possível, para garantir que as pessoas não são apressadas e que têm a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer as suas preocupações.**

2.2 Foco na Independência e Qualidade de Vida das Pessoas Frágeis

Para as pessoas frágeis, os PCPs devem dar prioridade à manutenção da independência e à melhoria da qualidade de vida, em vez de se concentrarem exclusivamente nos resultados clínicos, como a gestão da doença.

A fragilidade é caracterizada por um declínio nas reservas funcionais de um indivíduo, tornando-o mais vulnerável a fatores de stress que podem levar a declínios significativos na saúde. Preservar a Capacidade Funcional é crucial para as pessoas mais velhas, especialmente para aquelas que se encontram numa situação de fragilidade.

Para as pessoas mais velhas frágeis, a qualidade de vida, o envolvimento social e o bem-estar emocional são, muitas vezes, tão importantes como a saúde física. Um PCP deve integrar cuidados sociais, estimulação cognitiva e serviços de apoio emocional para melhorar a qualidade de vida global. Os objetivos neste contexto devem estar alinhados com o que é mais importante para o indivíduo, seja a capacidade de permanecer em casa, participar em atividades comunitárias ou continuar um *hobby*.

Em resumo, a ênfase dos planos de cuidados deve ir além dos parâmetros clínicos e incluir intervenções que preservem a independência e melhorem a qualidade de vida, garantindo que as preferências pessoais e os objetivos funcionais do indivíduo são alcançados. Esta abordagem não só melhora os resultados em saúde, como também aumenta a dignidade e a satisfação das pessoas na velhice.

3. Colaboração Multidisciplinar e Sistemas de Apoio

O desenvolvimento de um PCPs eficaz requer o contributo de uma equipa multidisciplinar que inclua profissionais de saúde, prestadores de cuidados e recursos comunitários. Esta equipa deve colaborar para gerir condições complexas e prestar apoio médico e social.

Os PCPs para idosos são essenciais nos cuidados de saúde primários para atender às necessidades únicas e complexas desta população. Ao concentrarem-se na tomada de decisões partilhadas, nos objetivos de saúde individuais e no planeamento de ações colaborativas, os PCPs podem melhorar a qualidade de vida, melhorar os resultados de saúde e manter a autonomia das pessoas mais velhas. O acompanhamento contínuo e o envolvimento de equipas multidisciplinares é fundamental para o sucesso na implementação destes planos de cuidados.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance on person-centered assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Costa AS, Arriaga M, Mendes RV, Miranda D, Barbosa P, Sakellarides C, Peralta A, Lopes NA, Roque C, Ribeiro S. A strategy for the promotion of health literacy in Portugal, centered around the life-course approach: The importance of digital tools. *Port J Public Health*. 2019;37:50–54.
3. Kime N, Wright A, Heaven A, Hawkins R, Smith J, Cundill B, Foy R, Lawton R, Farrin A, Hulme C, Clegg A. Implementing personalised care planning for older people with frailty: A process evaluation of the PROSPER feasibility trial. *BMC Geriatrics*. 2022;22:760. doi:10.1186/s12877-022-03426-4.
4. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(10):E1-E25. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x.
5. Canaisa E, Nunes L. People with Multiple Long-Term Health Problems: Personalized Care Planning. *Port J Public Health*. 2023. doi:10.1159/000535424.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making: NICE guideline [NG197]. NICE; 2021. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197>.
7. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;3:CD010523. doi:10.1002/14651858.CD010523.pub2.
8. Shwayder M, et al. Using health values to inform collaborative goal-setting for chronic care of older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023.
9. Secretaría de Salud de México. Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de personas mayores. Instituto Nacional de Geriatria; 2022.
10. British Geriatrics Society. Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners. British Geriatrics Society; 2019.



Visão

Plano de cuidados para a Diminuição da Acuidade Visual

O plano de cuidados para a deficiência visual, visa identificar precocemente a perda de visão e alterar as condições subjacentes, otimizando a funcionalidade do indivíduo através das diferentes intervenções.

Intervenções:

1 - Correção da Visão: Óculos ou lentes de contacto podem ser suficientes para corrigir a perda de visão para perto ou longe.

2 - Gestão das Doenças Oculares: O tratamento das doenças oculares subjacentes é fundamental para prevenir a progressão da perda de visão.

3 - Reabilitação Ocular: Inclui o uso de ajudas técnicas para baixa visão (lupas, ampliadores de mesa). Programas de reabilitação visual podem ajudar o indivíduo a desenvolver habilidades que otimizam a função visual.

4 - Adaptações Ambientais:

- Melhoria da iluminação: permitir a entrada de luz natural nos quartos e em todos os espaços da casa por onde o idoso caminha ou se encontra. Uma boa iluminação é especialmente importante para ver ao perto. A iluminação lateral é melhor (que não cria sombras).
- Permitir a ventilação dos espaços.
- Redução do brilho: a luz clara é melhor, mas a luz solar intensa ou o excesso de iluminação podem ser incómodos para algumas pessoas.
- Uso de cores contrastantes: o nítido contraste entre os objetos e o interior dos objetos torna-os mais fáceis de ver, encontrar ou evitar. Por exemplo, pode marcar as bordas dos degraus (principalmente para pessoas que só vêem com um olho), usar pratos coloridos para destacar a comida e escrever com tinta preta. Os cabos dos utensílios domésticos e de cozinha podem ser coloridos para os tornar mais visíveis e seguros: por exemplo, envolver o cabo de uma faca com fita adesiva de cores vivas ou pintando-o.
- Utilizar fontes de letra mais legíveis. Em materiais impressos e ecrãs de computadores e telefones, as letras grandes em estilo Arial são mais fáceis de ler porque se destacam claramente contra um fundo de cor sólida.
- Escolher objetos domésticos com letras grandes e bom contraste. Existem produtos comerciais com letras e números maiores ou contrastantes, como relógios de parede ou de pulso, livros, etc.
- Remoção de obstáculos no ambiente doméstico: os artigos perigosos como móveis, tapetes e outros objetos duros, podem ser removidos dos corredores e locais de passagem. Se necessários é preferível que estejam sempre no mesmo local.
- Utilizar aparelhos auditivos e também aparelhos óticos. Muitos artigos comerciais vêm hoje com funções de fala, como relógios de pulso, termómetros e balanças. Utilizar telemóveis e programas de computador com funções de ditado ou narração de texto.

5 - Higiene Visual:

- Adoção de práticas de higiene ocular, como lavar as mãos com frequência e evitar esfregar os olhos. Utilizar sabão neutro para lavar as pálpebras. Evitar utilizar cosméticos na zona periocular.
- Estabelecer horários curtos para ver televisão, reduzir o tempo de exposição através da visualização de ecrãs.
- Preferir a luz do dia ou a luz natural, se possível, sair para campos ou locais abertos para ajudar na higiene visual e para que os olhos sejam obrigados a usar a visão a distâncias mais longas.
- Ajustar o ambiente e comportamentos para facilitar a função da visão.

6 - Acompanhamento Regular:

É crucial realizar o acompanhamento regular da saúde visual, mesmo na ausência de queixas.

7 - Referenciação para outros Especialistas:

Em casos de perda de visão súbita, doenças oculares complexas ou necessidade de intervenções especializadas.

Considerações Adicionais:

A deficiência visual pode impactar significativamente na qualidade de vida do indivíduo, levando ao isolamento social, ansiedade e depressão.

É importante abordar as necessidades de apoio social do indivíduo com deficiência visual, como auxílio nas atividades da vida diária, transporte e acesso a serviços comunitários. Apoiar os cuidadores e a família na organização de um plano para as atividades da vida diária.

O plano de cuidados deve ser personalizado, considerando as necessidades, preferências e objetivos individuais do idoso.

Recursos Adicionais:

A OMS disponibiliza tabelas de visão simples para a triagem da deficiência visual.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. No. WHO/FWC/ALC/19.1. World Health Organization, 2019.
2. Secretaría de Salud de México. Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de personas mayores. Instituto Nacional de Geriátria; 2022.



Audição

Intervenções na Presbiacusia:

1 - Estratégias comunicacionais (importante transmiti-las aos familiares):

- Falar em voz audível, devagar, sem omitir palavras, com articulação clara mas sem exageros; utilizar gestos.
- Evitar ambientes sonoros muito competitivos.
- Evitar colocar a mão em frente à boca ou mastigar enquanto se fala.
- Olhar para o idoso, enfatizando as informações mais importantes.
- Amplificadores sonoros (TV, rádio, sistemas FM, WiFi).
- Compreender os aspetos biopsicossociais do envelhecimento e integrar o idoso.
- Proporcionar suporte emocional e ajudar no manejo da angústia emocional.
- Envolver a família.

2 - Próteses auditivas:

Os aparelhos auditivos são, na maioria dos casos, a tecnologia mais eficaz para pessoas mais velhas com perda auditiva. Além de serem de fácil utilização, adaptam-se confortavelmente dentro ou sobre a orelha, proporcionando uma melhoria significativa na audição.

3 - Implantes cocleares:

Para casos mais graves e refratários. Inseridos cirurgicamente no ouvido.

Intervenções relativas a outras causas de perda auditiva, respetivamente:

- **Obstrução do canal auditivo externo (impactação de cerúmen, corpos estranhos, etc):** Remoção.
- **Exostoses do canal auditivo:** Vigilância. De tamanho grande ou perda auditiva significativa: cirurgia.
- **Otite Média Aguda ou Crónica (sobretudo se perfuração timpânica):** Antibioterapia.
- **Otite Média Efusiva (Otopatia Serosa):** Excluir tumor da nasofaringe por Nasofibrosopia; Se persistir: Miringotomia.
- **Otosclerose:** Cirúrgico: estapedotomia. Se bilateral e avançada: Implante coclear.
- **Doença de Ménière:** Alterações estilo de vida: redução de stress, dieta pobre em sal, evicção álcool e café-na. Diuréticos tiazídicos, supressores vestibulares (exemplo: beta-histina).
- **Ototoxicidade (Aminoglicosídeos, Cloranfenicol, Cloroquina, Quinino, Furosemida, Salicilatos, etc):** evicção dos fármacos.
- **Neurinoma do Acústico (Schwanoma Vestibular):** Vigilância. Se tamanho grande ou perda auditiva significativa: Cirurgia, Radioterapia.
- **Traumatismo Acústico:** Remoção do agente. Corticóides, Supressores Vestibulares.

Considerações Adicionais:

A perda auditiva é uma problemática bastante prevalente na população geriátrica e, se não tratada, pode interferir na comunicação e levar ao progressivo isolamento social. A interação social regular pode reduzir o risco de declínio cognitivo, depressão e outras consequências emocionais e comportamentais da perda auditiva.

Fontes Bibliográficas:

World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. No. WHO/FWC/ALC/19.1. World Health Organization, 2019.

Nutrição

A primeira abordagem ao estado nutricional do doente idoso está facilmente ao alcance dos profissionais dos cuidados de saúde primários, integrado na avaliação geriátrica global. Um aporte nutricional desadequado, bem como a reduzida atividade física, condicionam perda de massa e força muscular.

É necessário estarmos atentos a défices de vitamina D e B12, os quais são comuns no idoso, ocorrendo mesmo na presença de um plano alimentar equilibrado, variado e em quantidades adequadas.

Fatores de risco para desnutrição:

- _ Perda de peso involuntária (mais de 5% ao longo do último mês ou mais de 10% nos últimos seis meses);
- _ IMC inferior a 20 para idosos (≥ 65 anos);
- _ Diminuição do apetite ou redução da ingestão de alimentos.

Rastreo de desnutrição:

1º Observou alguma perda não intencional de 3 kg ou mais nos últimos 3 meses?

2º Tem experienciado perda de apetite?

- Em caso de resposta negativa a ambas as questões anteriores, devem ser realizadas recomendações gerais de saúde e estilo de vida.
- Em caso de resposta positiva a qualquer uma das questões anteriores, é necessário realizar a avaliação do Estado Nutricional do utente recorrendo a uma ferramenta de avaliação nutricional, como o Mini Nutritional Assessment (MNA).

A orientação subsequente dependerá da pontuação obtida após aplicação da escala:

_ 24 a 30 pontos: Estado nutricional normal

- _ Recomendações gerais de saúde e estilo de vida.
- _ A reavaliação do estado nutricional no idoso deve ocorrer anualmente, devendo ser antecipada em caso de doença ou evento agudo. No idoso com necessidade de assistência social, a avaliação deverá ocorrer a cada 3 meses.

_ 17 a 23,5 pontos: Risco de desnutrição

- _ Oferecer aconselhamento nutricional.
- _ Se a ingestão alimentar não melhorar, ponderar suplementação nutricional oral.
- _ Monitorizar o peso corporal ativamente.
- _ Considerar prática de exercício físico multimodal.

_ Menos de 17 pontos: Desnutrição

- _ Necessidade de intervenção nutricional.
- _ Prescrever suplementação nutricional oral com aumento da ingestão de proteínas 400-600 kcal por dia.
- _ Oferecer aconselhamento nutricional.
- _ Monitorizar o peso corporal ativamente.



Recomenda-se a ingestão de 1-1,2 g de proteína por kg de peso corporal para idosos saudáveis. Idosos que estejam a recuperar de uma perda ponderal ou doença/lesão aguda podem precisar de até 1,5 g por kg de peso corporal.

Aconselhamentos de promoção de alimentação variada e equilibrada na pessoa idosa e/ou cuidador

1. Recomendações gerais:

- _ Consumo de no mínimo cinco refeições ao longo do dia (pequeno-almoço, meio da manhã, almoço, lanche e jantar);
- _ Ingerir diariamente pelo menos duas porções de leite ou iogurte, sendo que cada porção corresponde aproximadamente a 240 mL, preferencialmente nas refeições intermédias;
- _ Consumo diário de pelo menos três porções de fruta, sendo cada porção equivalente a aproximadamente uma peça de fruta de tamanho médio;
- _ Ingestão de alimentos do grupo dos cereais ou derivados em todas as refeições intercalares (1 pão, 6 a 8 bolachas ou uma chávena de cereais pouco açucarados), preferencialmente integrais;
- _ Os fritos e os doces (preferencialmente devem ser ingeridos na sobremesa) não devem ser ingeridos no mesmo dia de modo a não ultrapassar a recomendação energética diária;
- _ Os métodos de confeção devem variar equitativamente (evitar a confeção frita) de forma a evitar a monotonia;
- _ As refeições devem ser planeadas de forma integrada, considerando não apenas os nutrientes, mas também a variedade de cores, texturas e sabores;
- _ É importante incluir oleaginosas na alimentação pelo menos uma vez por semana, em quantidades equivalentes a 1/3 de chávena de nozes, amêndoas, avelãs, amendoins, pinhões ou 2 colheres de sopa de sementes;
- _ O almoço e o jantar devem incluir sopa, prato principal, sobremesa, água à descrição e uma unidade de pão (aproximadamente 45g), preferencialmente integral ou de mistura de cereais;
- _ Incluir alimentos sazonais e outras estratégias para reduzir os custos de aquisição de alimentos, especialmente produtos hortícolas, frutas, cereais, leguminosas e alguns produtos de origem animal;
- _ Informar sobre a recomendação de consumir mais proteínas de origem vegetal e animal distribuídas em diferentes momentos do dia (1,5 g/kg/dia), mencionando exemplos de alimentos ricos em proteínas de alto valor biológico (leguminosas, lacticínios, frango, ovos, frutos secos como amendoins, nozes, amêndoas, peixe, carne de vaca ou carne de porco);
- _ Sugerir a ingestão de pequenas quantidades de alimentos, mas mais vezes por dia, particularmente nos casos em que se saciam com pouca comida ou têm um apetite reduzido;
- _ Sugerir a ingestão de alimentos na companhia de outras pessoas, especialmente nos idosos que vivem sozinhos ou estão socialmente isolados.

2. Constituição da sopa:

- _ Deve incluir hortícolas, com a finalidade de garantir o cumprimento das recomendações diárias de ingestão desses alimentos;
- _ Deve conter leguminosas na sua composição, pelo menos três vezes por semana.

3. Constituição do prato:

- _ Deve integrar um alimento rico em hidratos de carbono, um alimento fornecedor de proteínas e um acompanhamento de hortícolas;
- _ Deve proporcionar refeições de pescado em quantidade igual ou superior às de carne;
- _ Carnes brancas devem ser incluídas na alimentação cerca de três a quatro vezes por semana;
- _ Deve-se evitar o consumo de fritos, especialmente durante o jantar;
- _ É recomendado incluir peixe gordo duas vezes por semana;
- _ O ovo deve ser incluído como principal ou única fonte de proteína entre uma a duas vezes por semana;
- _ Devem ser incluídas leguminosas duas vezes por semana, como complemento ou substituto do fornecedor de hidratos de carbono;
- _ Os alimentos ricos em hidratos de carbono, como massa e arroz, devem ser preferencialmente integrais;
- _ O consumo de produtos de charcutaria deve ser limitado a no máximo uma vez por semana;
- _ Os hortícolas devem ser variados e a oferta deve ser equilibrada entre cozinhados e crus.

4. Constituição da sobremesa:

- _ Deve ser composta por fruta fresca, variando conforme a sazonalidade;
- _ Os doces (incluindo fruta em calda) devem ser limitados a uma vez por semana;
- _ A fruta poderá ser preparada sem adição de açúcar até três vezes por semana.

5. Recomendações para situações específicas comuns na população idosa:

A. Baixo peso:

- _ Pode representar um fator de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão em indivíduos com mobilidade reduzida e/ou acamados;
- _ A alimentação deve ser o mais variada possível, apresentando um aspeto atrativo, criativo e saboroso;
- _ É importante realizar várias refeições ao longo do dia, mantendo as porções adequadas e evitando saltar refeições;
- _ As preferências alimentares do indivíduo devem ser respeitadas, desde que alinhadas com os princípios de uma alimentação saudável;
- _ Devem ser incluídos alimentos ricos em vitaminas e nutrientes, como aqueles com elevado teor de proteínas de alto valor biológico (leite, ovos, carne, peixe, entre outros);
- _ Sempre que necessário, a densidade calórica deve ser aumentada, podendo ser necessário recorrer a suplementos nutricionais prescritos por um nutricionista.

B. Obstipação:

- _ Todas as manhãs, em jejum, deve ser recomendada a ingestão de líquidos como chá ou água, preferencialmente a uma temperatura tépida;
- _ A dieta deve ser equilibrada, rica em fibras, hortofrutícolas e cereais, sendo o sumo de ameixa uma opção útil;
- _ A ingestão de líquidos deve ser elevada para favorecer a hidratação das fezes;
- _ É importante ajustar a rotina intestinal, estabelecendo um horário específico para evacuar, num momento calmo, sem pressa, stresse ou constrangimento. O posicionamento também deve ser adequado, podendo ser necessária a adaptação da casa de banho com equipamentos como cadeira sanitária e/ou barras laterais;
- _ Sempre que possível, deve ser promovida a prática de atividade física, respeitando as capacidades individuais. Realizar massagens regulares na zona abdominal pode trazer benefícios adicionais.



C. Problemas alimentares (oro-motores, posicionamento, alimentação autónoma ou comportamentais):

- _ A textura dos alimentos deve ser ajustada às capacidades de deglutição da pessoa, permitindo uma alimentação segura e reduzindo o risco de aspiração. As texturas podem variar entre normal, fracionada/triturada, mole, pastosa/cremosa e líquida;
- _ Ao oferecer alimentos de textura cremosa, é recomendável separar os diferentes componentes do prato para melhorar a aceitação. Por exemplo, apresentar o puré de hortícolas separado do puré de carne/peixe e do puré de arroz/massa/batata;
- _ O posicionamento durante a alimentação deve ser cuidadosamente ajustado para garantir conforto e segurança;
- _ Há diversos utensílios adaptados que podem facilitar a alimentação autónoma;
- _ Caso a hidratação por via oral não seja viável, é possível optar pela utilização de água gelificada ou fórmulas espessantes. Estas fórmulas permitem ajustar a consistência dos líquidos para níveis como néctar, geleia/mel ou marmelada.

Referências bibliográficas

1. A guide to completing mini Nutritional Assessment. In: Nutrition NC, editor. Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_english.pdf.
2. Alimentação e nutrição na pessoa idosa - Risco nutricional, necessidades nutricionais e estratégias alimentares, UAlg; disponível em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/18304/1/Risco%20Nutricional.pdf>
3. Campos MA, Sousa R. Nutrição e Deficiência(s). Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção Geral da Saúde; 2014.
4. Ferreira A, Gregório MJ, Santos C, Graça P. Proposta de ferramenta de avaliação qualitativa de ementas destinadas a idosos. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Direção Geral da Saúde; 2017.
5. Secretaría de Salud de México. Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de personas mayores. Instituto Nacional de Geriátria; 2022.



Saúde Oral na População Idosa

Os idosos têm maior propensão ao desenvolvimento de doenças orais, o que se deve em grande parte a alterações fisiológicas, comorbilidades e polimedicação que comumente acompanham o processo de envelhecimento. No entanto, a má saúde oral não é uma consequência inevitável do envelhecimento e uma abordagem proativa e multidisciplinar, com foco na identificação precoce e no tratamento de patologias comuns incrementa a probabilidade de manter uma boa saúde oral.

Entre as patologias/problemas orais mais comuns no idoso destacam-se:

- cárie dentária
- doença periodontal
- xerostomia
- perda dentária/edentulismo
- lesões da mucosa oral
- pré-malignas e malignas
- associadas ao uso de prótese.

Depreende-se assim que a higiene da boca e dos dentes na fase geriátrica deve merecer atenção redobrada comparativamente com todas as fases que a precederam.

A abordagem da saúde oral no idoso deve incluir questionar sobre:

- _ hábitos de higiene oral (número de lavagens diárias, utilização de pasta dentífrica, fio dentário e escovilhão);
- _ utilização de prótese dentária e hábitos de higiene da mesma;
- _ perda de peças dentárias;
- _ hemorragia gengival (espontânea, a lavar os dentes ou durante a utilização de fio dentário);
- _ presença de lesões na cavidade oral (dor, alterações da cor ou da superfície da mucosa e aumento de volume não habitual de estruturas);
- _ presença de halitose;
- _ xerostomia (que poderá ser descrita como sensação de boca seca, necessidade constante de beber água, mucosa oral irritada ou dolorosa, dificuldade na retenção da prótese dentária, sensação de queimadura na língua, disgeusia, dificuldades na mastigação, na deglutição e na fala).
- _ medicação habitual, com especial ênfase na toma de medicação que provoque xerostomia (tabela 2).

Medicação associada a xerostomia

Tabela 2 - Medicação associada a xerostomia

Classe farmacológica	Exemplo
Anti-histamínicos	Loratadina, desloratadina, cetirizina
Anti-hipertensores	Diuréticos, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, antagonistas dos recetores da angiotensina, bloqueadores adrenérgicos alfa e beta, bloqueadores dos canais do cálcio, clonidina, metildopa
Analgésicos	Opióides, anti-inflamatórios não esteroides
Antipsicóticos	Olanzapina, clozapina, haloperidol, quetiapina, risperidona, donezepilo



Antidepressores	Antidepressivos tricíclicos (ex.: amitriptilina), inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ex: fluoxetina), inibidores seletivos da recaptção da serotonina e noradrenalina (ex.: venlafaxina)
Ansiolíticos	Alprazolam, lorazepam, diazepam
Anti-espasmódicos urinários	Oxibutinina, solifenacina, cloreto de tróspio
Relaxantes musculares	Ciclobenzaprina, tizanidina
Antiparkinsonianos	Pramipexol, ropinirol;
Antidiabéticos orais	Metformina
Antieméticos	Metoclopramida, domperidona
Anticolinérgicos	Atropina, butilescopolamina
Corticosteroides inalatórios	Budesonida, fluticasona
Descongestionantes	Pseudoefedrina
Broncodilatadores	Salbutamol, terbutalina, salmeterol, formoterol, indacaterol, tiotrópio, ipratrópio

O exame objetivo deverá incluir:

- _ Inspeccionar os lábios e região perioral (queilite angular pode indicar xerostomia);
- _ Inspeccionar a totalidade da cavidade oral (incluindo a mucosa jugal e gengival, bordo, corpo e base linguais e peças dentárias);
- _ Contabilizar peças dentárias e respetivo estado de conservação, identificando peças dentárias careadas;
- _ Avaliar presença de gengivite, periodontite, abscessos ou outras alterações dos dentes e/ou gengivas.

Aconselhamento de promoção da saúde oral para a pessoa idosa e/ou cuidador

1. Higiene oral

A higiene oral deve ser feita diariamente, ao acordar pela manhã, após as refeições e antes de dormir, independentemente do doente ter dentes naturais ou prótese dentária ou mesmo que este não utiliza a boca para se alimentar (devido ao uso de sonda).

Escovagem dos dentes

A higiene oral deve incluir lavagem dentária/das gengivas, com escova macia e pasta dentífrica com fluoretado 1000-1500 ppm. A escova dos dentes deve ser substituída quando as cerdas começam a ficar deformadas. Em caso de maior dificuldade poderá ser utilizada escova elétrica uma vez que esta implica menor número de movimentos manuais e assim uma redução do tempo dispendido.

Uso de fio dentário e escovilhão

A utilização do fio ou fita dentária ou do escovilhão ou de outro meio para a remoção da placa bacteriana interdentária constitui um complemento para uma boa higiene oral, essencial na limpeza dos espaços entre os dentes, onde a escova não chega. É suficiente a sua utilização uma vez por dia, de preferência antes da escovagem da noite.

Irrigador gengival

O irrigador gengival é um dispositivo muito útil na higiene adequada de regiões inacessíveis à escova dentária, fio e escovilhão dentário, que possui um reservatório ao qual é possível adicionar água ou colutório.

Agentes químicos

A nível de agentes químicos, destacam-se o flúor e a clorexidina, os quais podem ser comercializados sob a forma de colutório, gel, pasta dentífrica ou verniz.

Em utentes com risco aumentado de cárie, poderão ser utilizados colutórios fluoretados, particularmente se o doente conseguir bochechar. Caso tal não seja possível, poderá ser utilizado gel ou verniz a aplicar pelo cuidador.

Os produtos à base de clorhexidina têm uma ação antibacteriana e antifúngica que se estende no tempo, sendo por isso bastante vantajosa. No entanto, podem provocar uma alteração da coloração da superfície dentária e do paladar se forem usados por longos períodos.

Higiene bucal na ausência de peças dentárias

É muito importante fazer a higiene da boca mesmo quando já não existem dentes. Quando o utente não consegue efetuar a sua higiene de forma autónoma, pode ser utilizada uma “boneca” (feita com uma compressa enrolada numa espátula de madeira ou plástico ou no cabo de uma colher) molhada num copo com água e elixir ou utilizando esponjas para higiene oral e raspadores de língua, devendo cobrir a boca e língua em toda a sua extensão.

Impossibilidade de higienização de forma autónoma

Os idosos com incapacidade motora ou défice cognitivo devem permanecer numa posição sentada, se possível, com a coluna reta e o cuidador deve posicionar-se por detrás de forma a permitir a estabilização da cabeça a fim de realizar a higiene oral de forma segura.

Prótese dentária removível

A manutenção da prótese dentária é essencial para garantir que esta permanece em boas condições. Para tal deve ser limpa cuidadosamente, com regularidade.

1. Após as refeições, o utente ou cuidador deve lavar as mãos e retirar a prótese.
2. A escovagem da prótese deve ser feita com uma escova de cerdas macias, idealmente uma escova protética específica, com duas formas de cerdas capazes de chegar a regiões inacessíveis, e sabonete neutro ou dentífrico não abrasivo, de modo a evitar a abrasão da base da prótese e remoção do brilho. Devem ser escovadas todas as superfícies da prótese. Deve-se confirmar que a prótese está lisa e sem restos alimentares.
3. No caso de próteses totalmente acrílicas, uma vez por semana, após a escovagem, colocar a prótese imersa numa solução com hipoclorito de sódio a 5,25% durante 5 minutos. Tem a desvantagem de corroer estruturas metálicas e alterar o brilho.
4. No caso de próteses com algum teor em metal, uma a duas vezes por semana, após a escovagem, poderá ser imersa 5 minutos num copo com água tépida e uma pastilha de um peróxido alcalino durante 5 minutos a 20 minutos.
5. Passar por água fria ou morna abundantemente.
6. Antes de colocar novamente a prótese na boca, os dentes devem ser lavados e, se possível, deve ser utilizado fio dentário.



Deve-se prestar atenção ao eventual desgaste da prótese e ao seu ajuste na boca, pois próteses mal adaptadas podem provocar lesões nas mucosas.

Prótese dentária fixa

Uma vez que não pode ser removida pelo portador ou pelo cuidador, a sua higiene é realizada em boca, muito à semelhança do que se aplica para os utentes com dentes naturais, devendo ser utilizados: escova dentária, dentífrico, colutório, escovilhão ou fio dentário e irrigador gengival com água.

2. Xerostomia

A identificação e tratamento da causa subjacente à secura bucal é primordial, sempre que seja possível. A abordagem terapêutica deve ser individualizada, tendo como principal objetivo o alívio sintomático.

Abordagens não farmacológicas

- _ ingestão de água ou líquidos sem açúcar frequentemente, particularmente durante a refeição de modo a auxiliar à mastigação e deglutição dos alimentos;
 - _ sugar cubos de gelo ou cubos congelados de ananás, pepino ou maçã;
 - _ ingerir alimentos macios e húmidos;
 - _ estimular a produção de saliva através da colocação de umas gotas de limão num copo de água, mascar pastilhas elásticas (evitar em portadores de próteses removíveis ou que possuam artrite da articulação temporomandibular) ou rebuçados de sabor cítrico sem açúcar;
 - _ evitar a ingestão de bebidas refrigerantes, sumos de citrinos, cafeína, álcool, alimentos açucarados, muito condimentados, secos, duros, ácidos, irritantes, adstringentes, ou excessivamente quentes ou frios.
 - _ utilizar bálsamo labial;
 - _ evitar ambientes secos, nomeadamente climatizados com ar condicionado ou excessivamente aquecidos;
 - _ aumentar a humidade ambiental através da utilização de humidificador durante o sono;
- Deve-se ter em atenção que a ingestão de água deve ser frequente mas não excessiva uma vez que pode reduzir o revestimento mucoso e, se ocorrer ao final do dia, provocar noctúria.

Abordagens farmacológicas

_ Substitutos da saliva: mimetizam a saliva natural sem efeito no fluxo salivar, estando disponíveis sob a forma de sprays, géis, colutórios, pastilhas para chupar, entre outros, com diferentes viscosidades, texturas e aromas, o que pode condicionar diferentes respostas entre utentes. Podem ser utilizados sempre que necessário, nomeadamente antes de falar, antes das refeições ou ao deitar.

_ Sialagogos sistémicos: devem ser ponderados se não houver resposta aos estimulantes ou substitutos tópicos da saliva.

Destaca-se a pilocarpina que é comercializada em Portugal e poderá ser administrada em doses que variam entre 5 e 10 mg, 3 a 4 vezes por dia, ao longo de pelo menos 3 meses, aumentando gradualmente a dose, para prevenir o aumento súbito da sudação. Para melhorar a tolerância gastrointestinal deverá ser ingerida com alimentos. Deve ser utilizada a dose de manutenção mais baixa que seja eficaz. Os efeitos adversos incluem sudação excessiva, náuseas, diarreia, rinite, vasodilatação cutânea, aumento da frequência urinária, hipotensão, bradicardia, alterações da visão, cefaleias, soluços persistentes, vómitos e broncoconstrição. As contraindicações e precauções incluem glaucoma de ângulo fechado, asma

não controlada, doença pulmonar crónica toma concomitante de bloqueadores beta-adrenérgicos, úlceras gástricas, irrite, hipertensão não controlada ou doenças cardiovasculares.

3. Beneficiários do Complemento Solidário do Idoso (CSI)

Se o utente for beneficiário do CSI, deverá ser emitido cheque-dentista no âmbito do Projeto de Saúde Oral nas Pessoas Idosas (SOPI) - o doente tem direito a 2 cheques-dentista anualmente, o 1º emitido pelo médico de família e o segundo pelo médico dentista.

O doente tem total liberdade de escolha do estomatologista/médico dentista que conste da lista de médicos aderentes, a qual pode ser consultada no Centro de Saúde ou através do site da DGS www.dgs.pt.

Os cheques dentista pagam os tratamentos que o estomatologista/médico dentista considerar necessário efetuar, desde que incluídos no plano de tratamento.

Os cheques dentista podem ser cancelados se:

- utente assim o desejar
- tiver sido ultrapassada a data de validade
- utente faltar a 2 consultas sem aviso prévio
- utente deixar de beneficiar do complemento solidário para idosos.

Os utentes beneficiários do CSI têm ainda direito ao reembolso em compras de próteses dentárias removíveis (75% da despesa, até ao limite de 250€, de três em três anos).

Para usufruir deste apoio é necessária documentação comprovativa de ser beneficiário do CSI, que deverá ser obtida no Instituto da Segurança Social, receita médica e fatura discriminadas, que deverão ser solicitadas ao dentista, e o recibo de pagamento da despesa.

O utente tem de apresentar estes documentos no centro de saúde onde está inscrito para iniciar o processo de reembolso. A Segurança Social processará o pagamento um mês após a validação dos documentos.

4. Cancro oral

O Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO) abrange o rastreio oportunista de utentes pertencentes ao grupo de risco, isto é, homens fumadores, com idade igual ou superior a 40 anos e com hábitos alcoólicos, bem como a avaliação através da anamnese e exame físico de utentes como queixas de dor, lesões ou alterações da cor ou da superfície da mucosa oral ou aumento de volume não habituais de estruturas da boca ou vias aéreas superiores ou sensação de dormência oral ou perioral.

Mediante o diagnóstico clínico de lesões malignas ou potencialmente malignas, como alterações da cor ou da superfície da mucosa ou aumento de volume não habitual de estruturas, deverá ser emitido o cheque diagnóstico no âmbito do Programa de Intervenção Precoce no Cancro Oral (PIPICO).

O médico dentista procede à avaliação da lesão e, mantendo-se a suspeita, procede à emissão do cheque biópsia que lhe permite a execução da biópsia e envio para o laboratório, onde é efetuada a análise anatomopatológica. Confirmando-se a existência de lesão potencialmente maligna ou maligna, o utente é encaminhado para o hospital de referência ou para o Instituto Português de Oncologia (IPO) (figura 2).



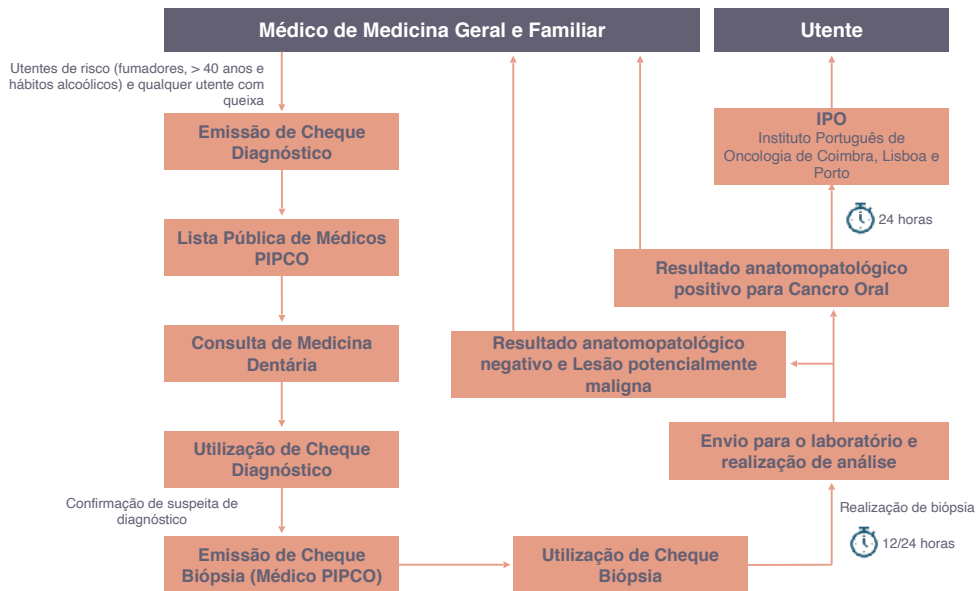


Figura 2 - Estratégia no âmbito do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral. Fonte: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025.

Referências Bibliográficas:

1. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. World Health Organization. 2022.
2. Kandelman D, Petersen P, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. Spec Care Dentist. 2008; 28(6),224-36.
3. van der Putten GJ, de Baat C. An overview of systemic health factors related to rapid oral health deterioration among older people. J Clin Med. 2023;12:4306.
4. Lipsky MS, Singh T, Zakeri G, Hung M. Oral Health and Older Adults: A Narrative Review. Dent J (Basel). 2024 Feb 1;12(2):30.
5. Direção Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional - Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Ministério da Saúde. Lisboa, 2021.
6. Ministério da Saúde. Decreto-lei n.º 252 / 2007 de 5 de Julho.
7. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Decreto-lei n.º 232 / 2005 de 29 de Dezembro.
8. Ministério da Saúde. Portaria n.º 833 / 2007 de 3 de Agosto.
9. Mendes, A. Xerostomia: causas e tratamento. Centro de Informação do Medicamento. Ordem dos Farmacêuticos. 2021
10. Pinto A, Veríssimo M, Malva J. Manual do Cuidador: envelhecimento ativo e saudável. Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2019.

INCONTINÊNCIA

1. Incontinência Urinária

A incontinência urinária (IU) é um problema comum, que afeta 2 em cada 5 mulheres com idade acima dos 60 anos. É um problema frequente nos idosos, apesar de existir ainda uma percentagem importante de subdiagnóstico; deve ser sempre considerada como anormal, independentemente da idade.

1.1. Sinais e Sintomas

Aplicar 2 perguntas de rastreio (ver “Avaliação do Idoso - Guia Prático para a Consulta de Medicina Geral e Familiar)

1. No último ano já alguma vez perdeu a urina ou ficou molhado?

2. Se sim, alguma vez perdeu urina em pelo menos 6 dias separados?

Tipos de Incontinência

- IU de esforço: perda de urina com esforço, tosse ou espirros
- IU de urgência: perda de urina acompanhada ou logo após sensação de urgência miccional
- IU mista: em que as duas situações anteriores ocorrem

1.2. Avaliação

Todos os contactos de idosos com profissionais de saúde, são oportunidades para abordar e rastrear incontinência urinária. Se o rastreio for positivo, uma avaliação completa deve ser iniciada.

1.3. Intervenções

_ Realização de um “diário miccional” (que deve incluir a quantidade de urina, os líquidos consumidos e as perdas), em 3 dias, não necessariamente consecutivos. Deve incluir o que estava a fazer quando as perdas ocorreram (ex.: Diário Miccional da European Association of Urology)

_ O “diário miccional” ajuda a identificar alimentos irritantes; alimentos associados a IU; a distinguir os diferentes tipos de IU; a identificar padrão de consumo de líquidos. É a base da prescrição médica de mudanças alimentares e de estilos de vida.

_ Questionar e tratar obstipação associada.

_ Treino vesical: é um dos tratamentos mais eficazes; consiste em aumentar gradualmente (15 a 30 min / semana) os intervalos entre micções; o objetivo será atingir intervalos de 3-4 horas entre micções. Pode incluir, também, “micção atrasada” (parar e contrair os músculos do pavimento pélvico quando sente urgência miccional).

_ Treino da musculatura pélvica: consiste em pequenas séries de contrações dos músculos do pavimento pélvico realizadas 5 a 6 vezes ao dia; mais útil na ITU de esforço, mas também aplicável na ITU de urgência. Pode ser orientado em sessões de fisioterapia (treino muscular intensivo do pavimento pélvico, supervisionado, durante pelo menos 3 meses é a terapêutica de 1ª linha na ITU esforço e mista).

_ Intervenções de estilo de vida:

- _ Redução do consumo de cafeína (melhora os sintomas de urgência e de frequência urinária, mas não melhora a incontinência); redução de outros líquidos ou alimentos identificados no “Diário Miccional”, que estejam a agravar a incontinência;
- _ Idosos obesos ou com excesso de peso devem ser encorajados a reduzir o peso;
- _ Não existe evidência suficiente para recomendar redução de aporte de líquidos.



1.4. Tratamento farmacológico

A medicação deve ser implementada com cautela, sempre após as intervenções referidas acima e sempre acompanhado por elas.

Rever toda a medicação e evitar iatrogenia (ex.: rever necessidade e horário da toma de diuréticos).

São opções terapêuticas: antimuscarínicos, agonista beta-adrenergicos, estrogénios tópicos e desmopressina.

Nas mulheres a terapêutica estrogénica tópica pode, pelo menos, melhorar parcialmente e tempo- rariamente as queixas de ITU de esforço.

Atenção às contraindicações de alguns fármacos (ex.: glaucoma), e aos efeitos secundários possíveis, como boca seca, obstipação, subida tensional.

1.5. Motivos de referenciação

Incontinência “complicada”:

- _ Incontinência recorrente ou completa/total;
- _ Incontinência associada a dor, hematúria, infecção recorrente, história de irradiação da próstata, história de cirurgia pélvica, alterações evidentes no estudo complementar, como, por exemplo, um resíduo pós miccional significativo.

1.6. Tratamento cirúrgico

Pode ser uma opção, na falência das medidas acima.

1.7. Dispositivos médicos e produtos de apoio

- _ Clampe de Cunningham - comprime a uretra e impede a saída de urina.
- _ Em homens: preservativo-cateter.
- _ Algáliação crónica é um último recurso, com riscos associados e que deve ser muito bem ponderada pela equipa de saúde.
- _ Usos de produtos para absorção de urina para suporte durante o tratamento.

NOTA: em utentes dependentes e / ou com défices cognitivos o cuidador é essencial.

2. Incontinência Fecal

A incontinência fecal define-se como a passagem involuntária de fezes sólidas ou líquidas. É definida como pelo menos 2 episódios num período de 4 semanas. Este problema apresenta um forte impacto social e económico, com redução da qualidade de vida.

A incontinência fecal de urgência surge quando existe vontade de defecar mas o doente não consegue reter as fezes apesar de tentar.

Já a incontinência fecal passiva ocorre quando o doente não tem percepção da vontade de defecar antes dos episódios ocorrerem.

A incontinência anal relaciona-se com flatulência involuntária.

2.1. Sinais e Sintomas

Questionar activamente sobre episódios de incontinência fecal e quais as estratégias utilizadas pelo doente para contornar o problema.

Pesquisar factores de risco como a presença de diarreia, urgência fecal e incontinência urinária. Os doentes com diabetes mellitus apresentam maior risco de desenvolver incontinência fecal, bem como as

mulheres sob hormonoterapia pós-menopáusia.

Diferenciar episódios de verdadeira incontinência fecal de episódios de urgência fecal sem perdas involuntárias. Caracterizar os factores precipitantes, duração, frequência, quantidade, consistência (sólido, líquido ou gasoso), presença de urgência, episódios nocturnos.

Sintomas neurológicos como dor perineal ou lombalgia, acompanhados de alterações motoras e/ou sensitivas, com ou sem incontinência urinária concomitante.

Perguntar sobre história de cirurgia anorectal, irradiação pélvica, diabetes ou doença neurológica. A história obstétrica também assume particular importância, nomeadamente no que diz respeito a partos prolongados ou traumáticos.

2.2. Intervenções Gerais

Tratamento Conservador de Suporte

- _ Identificar e evitar comidas (ex: cafeína) ou actividades que aumentem a frequência ou a gravidade dos episódios de incontinência.
- _ Promover uma boa higiene da região perianal.
- _ Tratar condições que predispõem à incontinência fecal, como doença inflamatória intestinal, doenças neurológicas, demência ou fecalomas.

Tratamento farmacológico

- _ Aumentar a consistência das fezes nos casos de fezes amolecidas (ex: psyllium ou metilcelulose).
- _ Antidiarreicos, com a loperamida a assumir a primeira linha, seguida do difenoxilato. A amitriptilina e a colestiramina também poderão ter um papel.
- _ Tratar impactação fecal.

Treino de biofeedback: terapêutica comportamental que permite melhorar o tónus esfinteriano, a coordenação muscular e a percepção sensorial ano-rectal.

Cirurgia: última linha ou perante um defeito esfinteriano documentado, como por exemplo por lesão obstétrica. Nos doentes com incontinência devido a um esfíncter anal fraco a cirurgia não parece trazer vantagem para a maioria dos doentes.

Novos tratamentos: estimulação eléctrica sagrada e injeção de ácido hialurónico.

2.3. Motivos de referenciação

- _ Sinais ou sintomas que sugiram patologia neurológica de base;
- _ Necessidade de métodos complementares de avaliação para apurar etiologia;
- _ Persistência dos episódios apesar de tratamento.

Referências Bibliográficas

1. Pinto A, Veríssimo M, Malva J. Manual do Cuidador: envelhecimento ativo e saudável. Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2019.
2. Secretaría de Salud de México. Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de personas mayores. Instituto Nacional de Geriatria; 2022.
3. Information for Patients; Urinary Incontinence, European Association of Urology, Patient Information.



SEXUALIDADE

A sexualidade é uma parte importante da vida de todos os adultos, não devendo ser descurada na população idosa. Ao longo da consulta, deve ser abordada ativamente de acordo com os modelos atualmente aceites (ver "Avaliação do Idoso - Guia Prático para a Consulta de Medicina Geral e Familiar). O envelhecimento acarreta algumas alterações normativas da sexualidade, mas existem também alguns fatores a considerar com impacto na função sexual, nomeadamente algumas patologias e medicamentos (tabela 3).

Tabela 3 - Alterações da sexualidade e fatores com impacto na função sexual. DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, IECA - Inibidores da enzima de conversão da angiotensina, ISRS - Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

Condições		Alterações
Alterações fisiológicas	Mulheres	Atrofia da mucosa vulvogenital
		Diminuição da lubrificação vaginal
		Diminuição da sensibilidade erógena dos mamilos e clitóris
Alterações da função sexual	Mulheres	Diminuição da libido
		Diminuição da responsividade sexual
		Diminuição da intensidade do orgasmo por diminuição do inorgugitamento clitoriano e da congestão vasovaginal
		Dispareunia
		Diminuição da frequência da atividade sexual
	Homens	Ereções menos rígidas e menos sustentadas
		Maior necessidade de estímulo para atingir ereção
		Diminuição da intensidade e do volume da ejaculação
		Aumento do período refratário
		Diminuição da frequência da atividade sexual
Patologias	Qualquer patologia que diminua a circulação sanguínea ou a inervação periférica (ex. diabetes, doença vascular periférica)	
	Disfunção sexual secundária (ex. fadiga durante a relação sexual em doente com DPOC, doença psiquiátrica em que se associe a perda de libido)	
Medicamentos	Anti-hipertensores (IECAs, bloqueadores α e β , antagonistas dos canais de cálcio e diuréticos tiazídicos)	
	Antidepressivos (ISRS, antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoamina-oxidase)	
	Estatinas	
	Antipsicóticos (ex. risperidona)	
	Anticonvulsivantes (carbamazepina)	
Disfunção sexual	Mulheres	Perturbação de desejo sexual hipotivo
		Perturbação do orgasmo feminino
		Perturbação de penetração/ dor génito-pélvica
	Homens	Disfunção erétil
		Ejaculação precoce

Ao abordar questões de sexualidade na população idosa, é importante uma postura segura, tranquila e não julgadora por parte do médico. O médico deve ouvir com empatia e, em seguida, enfatizar em linguagem clara e não técnica a normalidade da sexualidade na terceira idade e a possibilidade de tratamento eficaz para problemas sexuais apresentados. Educar os doentes sobre as mudanças normais na função sexual na terceira idade pode ajudar a aceitar essas mesmas mudanças e a minimizar medos associados.

É importante clarificar que, na população mais velha, as relações sexuais começam muito antes do ato sexual. É necessário dedicar mais tempo aos preliminares para garantir um grau de excitação suficiente quer no homem quer na mulher. Outras formas de prazer físico como carícias, massagem ou masturbação podem ser utilizadas.

Se um ou ambos os membros do casal sofrerem de uma doença crónica/incapacidade, as práticas sexuais poderão necessitar de ser adaptadas tendo em conta as limitações físicas (p.e fadiga, perda de força muscular, dor). Pode também haver necessidade de utilizar medicação analgésica, inaladores, entre outros, consoante os problemas dos doentes.

Uma das principais alterações na função sexual feminina com impacto na sexualidade é a diminuição da lubrificação, pelo que deve ser incentivada a utilização de lubrificantes à base de água (venda livre em supermercados, farmácias e parafarmácias). Já nos homens, a alteração da função sexual mais frequente é a disfunção erétil, que se define pela incapacidade de obter ou manter uma ereção de rigidez e duração suficientes para a relação sexual. Existem alguns medicamentos que podem minimizar essa disfunção (tais como os inibidores da fosfodiesterase tipo 5), devendo ser a sua prescrição sempre precedida de uma avaliação médica, quer pelas suas potenciais interações farmacológicas quer pelos seus efeitos secundários.

Um nota para os idosos que residem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIs), que têm, em geral, menor probabilidade de serem sexualmente ativos pelas barreiras existentes, nomeadamente perda de interesse, falta de parceiros, falta de privacidade, postura negativa dos funcionários, entre outras.

Não deve ser descurada a educação sobre uma vivência da sexualidade em segurança, relativamente a infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) e abusos sexuais.

A generalidade das considerações apresentadas aplicam-se a casais hetero e homossexuais.

Referências Bibliográficas

1. Agronin, M. Sexual dysfunction in older adults. In Stein M, ed. UpToDate, 2024. (Acedido em 01/12/2024). <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-in-older-adults>.
2. Hinchliff, S. et al. Seeking help for sexual difficulties: findings from a study with older adults in four European countries. *European Journal of Ageing* (2020) 17:185–195.
3. Khera, M. Treatment of male sexual dysfunction. In Snyder, P and O'Leary, M, ed. UpToDate, 2025. (Acedido em 17/01/2025). <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-male-sexual-dysfunction>.

Marcha e Funcionalidade/Mobilidade



Marcha e funcionalidade

A marcha e mobilidade reduzida constituem uma condição crucial que afeta a capacidade intrínseca e a funcionalidade dos idosos. O plano de cuidados para a mobilidade tem, como objetivo primordial identificar e mitigar precocemente as causas de mobilidade reduzida, com o intuito de preservar a independência e autonomia do indivíduo e prevenir a progressão para a dependência de cuidados otimizando a sua funcionalidade.

O plano de cuidados deve ser personalizado, considerando as necessidades, capacidades e preferências da pessoa idosa.

Intervenções:

1- Atividade Física:

- Exercícios Multimodais: O pilar do plano de cuidados para mobilidade é um programa de exercícios adaptado às capacidades do indivíduo.
- O programa deve incluir exercícios de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, flexibilidade e treino funcional.
- A intensidade e frequência dos exercícios devem ser ajustadas progressivamente, considerando a condição física inicial do indivíduo.
- Para indivíduos com mobilidade muito reduzida, exercícios na cama ou cadeira podem ser o ponto de partida.
- Apoio à Autogestão: A autogestão em relação à prática regular de exercícios é essencial para a sustentabilidade do plano de cuidados.
- O profissional de saúde deve fornecer orientação, motivação e acompanhamento para garantir a adesão ao programa de exercícios.

2 - Gestão da Polimedicação:

A revisão regular da medicação é crucial para identificar e descontinuar medicamentos que possam estar a comprometer a mobilidade.

3 -Gestão da Dor:

O controlo da dor crónica é essencial para permitir a participação em atividades físicas e melhorar a mobilidade.

- Abordagens não farmacológicas, como fisioterapia, terapia ocupacional e técnicas de relaxamento, devem ser consideradas.
- Em casos de dor persistente, pode ser necessário a referência para uma consulta da dor.

4 - Avaliação e Adaptação do Ambiente:

O ambiente doméstico deve ser avaliado para identificar e corrigir riscos de quedas no domicílio (abordado no subcapítulo de Risco de Queda Aumentado).

5 - Acompanhamento regular:

- O acompanhamento regular é essencial para avaliar o progresso do indivíduo, ajustar o plano de cuidados e identificar novas necessidades.
- A frequência do acompanhamento deve ser definida de acordo com a condição clínica e as necessidades individuais.

6 - Referenciação para outros profissionais:

- Em situações onde a gestão da mobilidade reduzida requer intervenções complexas, pode ser necessária a referenciação para outros profissionais:
- Fisiatras: Para avaliação e manejo de condições musculoesqueléticas complexas.
- Terapeutas Ocupacionais: Para auxiliar na adaptação do ambiente e treino de atividades da vida diária.
- Outros Especialistas: Neurologistas, ortopedistas, reumatologistas, entre outros, podem ser envolvidos no cuidado, dependendo da causa da mobilidade reduzida.

7 - Importância do Suporte Social e Envolvimento do Cuidador:

- O apoio familiar e social é fundamental para o sucesso do plano de cuidados.
- Os cuidadores devem receber orientação sobre como auxiliar o indivíduo nas suas atividades diárias e como promover a sua mobilidade.
- A participação em grupos de apoio pode proporcionar aos cuidadores recursos, informação e suporte emocional.

Considerações Adicionais:

- A mobilidade reduzida pode impactar significativamente a saúde mental e emocional do indivíduo, aumentando o risco de isolamento social, depressão e ansiedade.
- É crucial integrar o plano de cuidados para mobilidade com a gestão de outras condições de saúde e necessidades do indivíduo.
- O acesso a serviços especializados e a tecnologia pode ser limitado, dependendo dos recursos disponíveis na comunidade.

Recursos e Ferramentas:

- O projeto Vivifrail (<http://www.vivifrail.com/resources>) oferece recursos e diretrizes para a elaboração de programas de exercícios personalizados.
- A OMS disponibiliza diretrizes sobre atividade física para idosos (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>).
- A iniciativa mAgeing da OMS oferece recursos para o autocuidado e autogestão através de aplicações móveis.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. No. WHO/FWC/ALC/19.1. World Health Organization, 2019.



Risco de Queda Aumentado

Tendo as quedas na população geriátrica frequentemente uma etiologia multifatorial, é importante identificar os fatores de risco presentes e corrigi-los, requerendo frequentemente uma abordagem multidisciplinar que inclui:

- Educação para a saúde e promoção da capacidade de gerir um evento de queda.
- Promover atividade física em vários componentes, nomeadamente: treino de resistência, treino de força muscular, treino de equilíbrio e treino de flexibilidade (Tabela 4).
- Considerar encaminhamento para programa de reabilitação músculo-esquelética.
- Educação sobre cuidados para prevenção de quedas no domicílio, com visitas domiciliárias para deteção de eventuais perigos (Tabela 5 e 6).
- Revisão e otimização da medicação.
- Rever estado nutricional e promover hábitos alimentares adequados, com particular ênfase na promoção de ingestão proteica.
- Controlo de doenças associadas ao aumento do risco de queda (como patologia cardiovascular, neurológica, da visão, audição, noctúria ou urgência urinária, entre outras).
- Considerar e providenciar um dispositivo assistivo para ajudar na mobilidade.
- Promover inclusão social e explicar riscos do isolamento.

Existe também, numa perspetiva de prevenção secundária, o objetivo de minimizar as consequências das quedas em pessoas que já tenham caído, o que passa por:

- Uma reeducação postural, de equilíbrio e do padrão da marcha.
- Treino de mobilização articular (sobretudo de articulações como a do joelho e tornozelo) e de fortalecimento muscular (destaque para os músculos das extremidades inferiores, sobretudo quadríceps e isquiotibiais);

Este trabalho envolve frequentemente a referenciação para um programa de reabilitação com a intervenção de um profissional com formação em reabilitação (fisioterapeuta/enfermeiro).

Atividade Física

Para diminuir o risco de queda, é importante que o exercício físico incida nos seus vários componentes, nomeadamente no treino de resistência (aeróbio), treino de força muscular (anaeróbio), treino de equilíbrio e treino de flexibilidade. O Tai-Chi é uma atividade que inclui o treino de flexibilidade, equilíbrio e proprioceptivo, com benefício comprovado na redução do risco de quedas. As indicações gerais de atividade física recomendada podem ser consultadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Componentes do exercício físico (adaptado de: Zaleski AL, Taylor BA, Panza GA et al. Coming of age: considerations in the prescription of exercise for older adults. Methodist Debakey Cardiovasc J. 2016;12(2):98-104)

FCM: Frequência Cardíaca Máxima; §Escala de Percepção Subjetiva do Esforço (PSE) de 6-20 pontos; RM: Repetição máxima; PNF: Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva.

	Tipo	Duração/Volume	Intensidade	Frequência (dias)
Treino de Resistência (aeróbio)	Exercícios rítmicos, Prolongados, contínuos ou intervalados, que solicitem os grandes grupos musculares (ex: caminhada, corrida, bicicleta...)	30 a 60 minutos/sessão (≥150 minutos/semana se intensidade moderada; ≥ 75 minutos/semana se intensidade vigorosa)	60% a 80% FCM PSE: 13-15§	≥ 3 sessões/semana, sem estar mais de 2 dias consecutivos sem realizar treino aeróbio
Treino de Força Muscular (anaeróbio)	Sem carga adicional, com pesos livres, com bandas elásticas ou com recurso a máquinas de musculação, que envolvam os principais grupos musculares, com incremento gradual	5 a 10 exercícios diferentes; 1 a 3 séries por exercício; cada série com 8 a 15 repetições	60% a 80% de 1-RM; e PSE: 13-15§	≥ 2 sessões/semana (em dias não consecutivos)
Treino de equilíbrio	Exercícios estáticos ou dinâmicos	Sem duração especificada	Ligeira a moderada	2 a 3 sessões/semana
Treino de flexibilidade	Exercícios estáticos, dinâmicos ou PNF	2 a 4 repetições de cada exercício, 10 a 30 segundos em cada exercício	Até ao ponto de ligeiro desconforto	2 a 3 sessões/semana

Segurança no Domicílio

Sendo que a maioria das quedas ocorre no domicílio, as visitas domiciliárias assumem um papel importante na identificação de potenciais fatores de risco corrigíveis. Encontram-se nas Tabelas 5 e 6 os cuidados recomendados para prevenção de quedas no domicílio.

Tabela 5 – Conselhos práticos para prevenção de quedas em casa (tabela adaptada do “Envelhecimento ativo - Guia prático para a consulta de Medicina Geral e Familiar”

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM CASA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter uma boa iluminação em toda a casa; ✓ Manter os fios elétricos e de telefone presos à parede; ✓ Evitar tapetes soltos no chão, principalmente nas escadas; ✓ Pintar de cores diferentes ou fazer marcas visíveis no primeiro e no último degrau das escadas. Estas devem ter degraus com piso antiderrapante; ✓ Colocar barras de apoio ou corrimões nas escadas; ✓ Usar sapatos com saltos largos e calcanhares reforçados, para evitar que o pé se movimente. Não usar chinelos. Preferir os sapatos fechados; ✓ Deixar o telefone num local de fácil acesso ou adquirir um telefone portátil; ✓ Manter os contatos de emergência num local acessível, de preferência junto do telefone.



Tabela 6– Conselhos práticos para prevenção de quedas consoante a divisão (tabela adaptada do “Envelhecimento ativo - Guia prático para a consulta de Medicina Geral e Familiar”

	Tipo
Casa de banho	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optar por piso antiderrapante; ✓ Manter o chão seco após o banho; ✓ Evitar prateleiras de vidro e superfícies cortantes; ✓ Não utilizar toalheiro, saboneteiras ou prateleiras que não estejam fixos às paredes; ✓ Colocar barras de apoio no polibã ou na banheira e junto à sanita; ✓ O espaço livre da casa de banho deve ser suficiente para a presença de duas pessoas.
Quarto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar uma cama com altura suficiente, para que quando estiver sentado consiga apoiar os pés no chão; ✓ Procurar fixar a mesa de cabeceira ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso necessite de apoiar-se; ✓ Ter uma cadeira ou poltrona no quarto, para que possa sentar-se para calçar meias e sapatos; ✓ Verificar se os interruptores estão ao alcance quando estiver deitado na cama ou instalar uma luz noturna para evitar levantar no escuro.
Cozinha	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guardar os objetos que são pouco utilizados nos armários superiores e os de uso frequente em locais de fácil acesso; ✓ Instalar forno elétrico e micro-ondas num local de fácil acesso; ✓ Colocar piso antiderrapante.
Sala	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optar por sofás e poltronas confortáveis, com assentos que não sejam demasiado macios e fundos, e que facilitem o sentar e levantar; ✓ Retirar os tapetes colocados debaixo da mesa da sala de jantar e deixar um espaço à volta da mesa para movimentação das pessoas.

Considerações Adicionais:

As quedas são uma causa importante de morbilidade e mortalidade na população geriátrica, representando um problema de saúde pública a nível mundial. De facto, a Organização Mundial de Saúde destaca as quedas como sendo a segunda principal causa de mortes acidentais ou não intencionais em todo o mundo, tendo particular impacto na população acima dos 65 anos de idade, com maior prevalência e consequências. De referir que este risco é ainda maior em pessoas que tenham caído previamente ou cuja marcha seja ineficaz. Assim sendo, é importante identificar precocemente pessoas com aumento do risco de queda e atuar na prevenção das mesmas.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. No. WHO/FWC/ALC/19.1. World Health Organization, 2019.
2. Todd, Chris & Skelton, Dawn. (2004) . What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?. World Health Organization.
3. World Health Organization. Falls. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Plano de Cuidados para Imobilidade

Os idosos acamados demonstram altos níveis de dependência, tanto funcional quanto cognitiva, sendo um grupo altamente suscetível a complicações relacionadas à falta de mobilidade. Além disso, cuidar dessas pessoas impõe uma carga física e emocional significativa aos cuidadores, sejam eles formais ou informais.

Desta forma, é importante prevenir a condição de “acamado”, ou, se estabelecida, minimizar a probabilidade de surgirem complicações, o que implica uma atuação a vários níveis:

Intervenções:

Músculo-esquelético:

- Treino de mobilização articular ativa e/ou passiva e fortalecimento músculo-esquelético (estático, dinâmico ou eletroestimulação);
- Estiramento muscular;
- Levante diário;
- Posicionamento adequado no leito;
- Treino de marcha.

Cardiovascular:

- Mobilização/ deambulação precoce;
- Elevação ligeira dos membros Inferiores se edemas;
- Hidratação e ingestão salina adequadas (para evitar hipotensão ortostática).

Respiratório

- Mobilização precoce;
- Posicionamentos alternados e elevação da cabeceira da cama;
- Ensino de tosse eficaz;
- Exercícios respiratórios;
- Hidratação adequada.

Gastrointestinal

- Ingestão hídrica adequada;
- Evitar desnutrição através de um aporte alimentar adequado;
- Eliminação de fármacos obstipantes;
- Mobilização precoce;
- Defecação por horário.

Genito-urinária

- Ingestão hídrica adequada;
- Treino miccional e micção por horários.



Cutâneo (prevenção de úlceras de pressão)

- Posicionamentos alternados;
- Posicionamento correto;
- Vigilância diária da pele;
- Uso de apoios protetores (como colchões antiescara);
- Cuidados à pele (hidratação);
- Nutrição adequada.

Neuropsicológico

- Promover uma boa higiene do sono;
- Detetar e corrigir défices sensoriais;
- Focalizar a atenção na pessoa idosa, enfatizando a compreensão respondendo humanamente ao comportamento manifesto, necessidades e sentimentos;
- Atividades recreativas;
- Favorecer a comunicação verbal e não-verbal;
- Manter a rede de suporte social (estimular visitas de familiares e amigos);
- Promover um cuidado multissensorial.

Referências Bibliográficas

1. Manual do cuidador : envelhecimento ativo e saudável / Anabela Mota Pinto, Manuel Veríssimo, João Malva. - Coimbra : Imprensa da Universidade de Coimbra, D.L. 2020.
2. Almeida, G., Amaral, N., Moraes, E., & Azevedo, R. (2009); Luengo-Marquez, C., Maicas-Martinez, L., Navarro-gonzales, M., & Romero, L. (2007). Sociedad Española de Geriatria Y Gerontología SEGG (2007)
3. Geriatria fundamental : saber e praticar / coord. Manuel Teixeira Veríssimo. - Lisboa : Lidel, cop. 2014.



Défice Cognitivo

1. Desafios da gestão da demência e do défice cognitivo em pessoas mais velhas

A demência e o défice cognitivo são desafios significativos tanto para os doentes como para os sistemas de saúde. Os médicos de cuidados de saúde primários (CSP) são frequentemente o primeiro ponto de contacto, desempenhando um papel vital no diagnóstico, gestão e apoio ao doente e cuidador.

Principais desafios:

- Complexidade diagnóstica: Diferenciar entre envelhecimento normal, défice cognitivo ligeiro (DCL) e demência é difícil devido à sobreposição de sintomas. Os diagnósticos incorretos ou tardios são comuns, levando à perda de oportunidades de intervenção atempada. A demência mista, envolvendo a doença de Alzheimer (DA) e a doença cerebrovascular, é particularmente difícil de diagnosticar.
- Sintomas comportamentais e psicológicos: A agitação, a depressão e a agressividade complicam a prestação de cuidados e aumentam a sobrecarga do cuidador. A gestão destes sintomas requer intervenções personalizadas.
- Sobrecarga do cuidador: As famílias passam frequentemente por stress emocional, físico e financeiro. Apoiar os cuidadores é essencial para sustentar os cuidados a longo prazo.
- Barreiras sistémicas: O acesso limitado a especialistas e a programas estruturados de cuidados de demência nos cuidados primários aumenta a carga sobre os médicos de família, que muitas vezes têm de gerir casos complexos sem a contribuição de especialistas.

2. Princípios de Gestão do Défice Cognitivo nos Cuidados de Saúde Primários

A gestão eficaz nos cuidados primários envolve uma combinação de estratégias não farmacológicas e farmacológicas, enfatizando os cuidados holísticos e centrados no doente.

Intervenções Não Farmacológicas

Os componentes principais dos cuidados na demência são não farmacológicos. O princípio orientador dos cuidados deve ser o de capacitação, e não de restrição por meio do uso de contenções químicas ou físicas, que aumentam o risco de delirium e outros problemas. Os medicamentos desempenham um papel muito limitado e devem ser usados apenas como complemento às medidas não farmacológicas, nunca como substituto destas.

- Estimulação cognitiva: Atividades como exercícios de memória, programas de grupo estruturados e terapia de reminiscência podem ajudar a manter a função cognitiva e o envolvimento.
- Atividade Física: O exercício regular e supervisionado melhora a saúde física, reduz os riscos de queda e melhora o humor, como por exemplo caminhadas, alongamentos e exercícios de baixo impacto.
- Modificações Ambientais: Simplificar o ambiente doméstico, reduzir a sobre-estimulação sensorial e criar rotinas estruturadas pode reduzir a confusão e a agitação dos doentes.
- Formação de cuidadores: Fornecer aos cuidadores ferramentas para gerir comportamentos difíceis, como utilizar a distração ou o redirecionamento, pode melhorar a qualidade de vida dos doentes e o bem-estar do cuidador.



Os cuidados em demência devem ser proativos, antecipando e prevenindo crises, em vez de apenas reagir após a sua ocorrência.

Monitorização dos efeitos secundários e eficácia do tratamento das intervenções farmacológicas

As intervenções farmacológicas podem proporcionar alívio sintomático, mas devem ser cuidadosamente geridas.

- Inibidores da Colinesterase: o donepezilo, rivastigmina e galantamina são utilizados no tratamento da doença de Alzheimer leve a moderada. No entanto, podem causar efeitos secundários importantes como diarreia, câibras musculares, fadiga, náuseas, vômitos e insónia. Os inibidores da colinesterase podem causar incontinência urinária, o que frequentemente resulta na adição inadequada de medicamentos anticolinérgicos para a bexiga, contribuindo para uma cascata de prescrição. Além disso, seu uso está associado a um risco elevado de síncope. A monitorização regular a cada 6-12 meses é crucial para avaliar a manutenção dos benefícios e efeitos secundários.
- Memantina: utilizada para a doença de Alzheimer moderada a grave, onde se identificou benefícios na função cognitiva e física, mas não no tratamento da agitação. Os possíveis efeitos adversos incluem tonturas, cefaleia, obstipação, sonolência e hipertensão.

3. Gestão de sintomas comportamentais e psicológicos

Os sintomas comportamentais e psicológicos estão entre os problemas mais desafiantes do tratamento da demência, impactando significativamente os doentes, os cuidadores e os profissionais de saúde. Sintomas como agitação, agressividade, depressão, ansiedade e apatia são comuns e podem surgir em qualquer fase da doença. A gestão eficaz destes sintomas requer uma compreensão completa das suas causas subjacentes e uma abordagem cuidadosa e individualizada.

As intervenções não farmacológicas são a estratégia de primeira linha para a gestão destes sintomas. É necessário identificar e abordar os gatilhos, como a dor, a fome, a sobre-estimulação ou as alterações ambientais. A observação cuidadosa da rotina e das respostas do doente pode ajudar a identificar estes gatilhos. A modificação do ambiente para reduzir a sobrecarga sensorial ou criar uma rotina diária estruturada pode aliviar significativamente o sofrimento e melhorar o comportamento. O envolvimento dos doentes em atividades redutoras de stress, como a musicoterapia, a terapia de reminiscência ou o exercício físico adaptado, também podem ajudar a melhorar a agitação e o humor.

Nos casos em que as medidas não farmacológicas sejam insuficientes, o tratamento farmacológico pode ser necessário. Os antipsicóticos podem ser considerados para pessoas com demência que apresentem sintomas graves que não respondem a medidas não farmacológicas e que estão em risco de causar danos a si mesmas ou a outros, ou que estão a apresentar sofrimento intenso devido à agitação, alucinações ou delírio. Os antipsicóticos podem desempenhar um pequeno papel a curto prazo no controlo da agressão grave ou psicose severa num grupo muito cuidadosamente selecionado de pessoas com sintomas comportamentais e psicológicos da demência. No entanto, há evidências de que estes medicamentos são frequentemente prescritos em excesso e que seu uso está associado a efeitos adversos significativos, que podem anular quaisquer benefícios em idosos frágeis. O uso prolongado de antipsicóticos está provavelmente associado ao declínio cognitivo. É essencial rever regularmente a necessidade do medicamento, e realizar tentativas de desprescrição. A maioria das prescrições não deve exceder os três meses. Estes medicamentos

apresentam riscos significativos, incluindo sedação, aumento da probabilidade de quedas e risco aumentado de acidente vascular cerebral. Desta forma, só devem ser utilizados sob monitorização rigorosa.

O uso de antipsicóticos vai contra o cuidado centrado na pessoa, pois tende a ser incapacitante e a promover o comprometimento cognitivo. Estes medicamentos nunca devem ser utilizados como forma de compensar a falta de recursos adequados nos cuidados.

4. Gestão de Comorbilidade e Polimedicação

Muitos doentes com demência também apresentam condições crónicas, como hipertensão, diabetes e depressão. A gestão destas comorbilidades é essencial uma vez que a sua descompensação pode exacerbar o declínio cognitivo, levando a uma progressão mais rápida da doença e a uma diminuição da qualidade de vida.

A polimedicação é um desafio comum no tratamento da demência devido à elevada prevalência de comorbilidades. Para minimizar os riscos devemos realizar periodicamente:

- Revisão da medicação para identificar e eliminar os medicamentos potencialmente inapropriados para pessoas mais velhas como os anticolinérgicos ou sedativos que interferem na cognição.
- Desprescrição: A redução ou descontinuação sistemática dos medicamentos desnecessários de forma a minimizar as interações medicamentosas e os efeitos secundários ajuda a otimizar esquema terapêutico, garantindo segurança e eficácia.

5. Apoio e educação ao cuidador

Os cuidadores são uma pedra basilar no tratamento da demência, pois prestam a maior parte do apoio diário aos indivíduos com a doença. No entanto, a prestação de cuidados acarreta frequentemente desafios emocionais, físicos e financeiros significativos, levando ao stress, burnout e até a resultados adversos para a saúde dos próprios prestadores de cuidados. O apoio e educação dos cuidadores é, portanto, essencial para sustentar os cuidados a longo prazo aos doentes com demência.

A educação desempenha um papel crítico na capacitação dos cuidadores. Ao fornecer-lhes informações sobre a progressão da demência, estratégias eficazes de gestão do comportamento e monitorização dos sintomas, os cuidadores ficam mais capacitados para lidar com os desafios. Além disso, a educação ajuda-os a compreender como gerir as rotinas diárias e a antecipar as mudanças na condição do doente, promovendo uma sensação de controlo e preparação.

Os serviços de apoio ao cuidador são igualmente importantes. O acesso a cuidados temporários pode oferecer aos cuidadores um alívio temporário, permitindo-lhes tempo para recarregar energias e reduzir o stress. Os grupos de apoio (por exemplo a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer) proporcionam uma plataforma para partilhar experiências, aprender com os outros e aceder a apoio emocional, que é vital para o seu bem-estar mental. Além disso, ligar os cuidadores aos recursos comunitários, tais como serviços de aconselhamento e programas de educação de cuidadores, pode melhorar a sua resiliência e capacidade de prestar cuidados.

A orientação jurídica e financeira é outro aspeto crítico do apoio ao cuidador. Muitas famílias têm dificuldade em navegar as complexidades legais e o planeamento financeiro necessário para o tratamento da demência a longo prazo. Incentivar o planeamento de necessidades de cuidados futuros garante que as



famílias estão preparadas para a eventual progressão da doença.

Ao abordar as necessidades educativas, emocionais e práticas dos cuidadores, a equipa de saúde pode ajudar a reduzir a carga do cuidador, aumentar a sua capacidade de prestar cuidados eficazes e, em última análise, melhorar a qualidade de vida tanto do cuidador como do doente. Apoiar os cuidadores não é apenas um imperativo ético, mas também uma componente crítica da gestão holística da demência.

6. Cuidados Paliativos e Considerações sobre o Fim de Vida

Os cuidados paliativos tornam-se cada vez mais importantes à medida que a demência progride para fases avançadas, onde se pretende alterar o foco da intervenção para garantir o conforto, a dignidade e a qualidade de vida do doente. A comunicação eficaz é essencial durante esta fase, especialmente com a família e com os cuidadores. A equipa de saúde deve facilitar as discussões sobre os objetivos e as preferências dos cuidados, garantindo que as decisões estão alinhadas com os valores do doente e as expectativas da família. Temas como o uso de sondas de alimentação, preferências de reanimação e transições para cuidados paliativos devem ser abordados precocemente e com clareza.

A gestão da demência nos idosos requer uma abordagem multidisciplinar que equilibre o controlo dos sintomas, o apoio do cuidador e a preparação para a progressão da doença. Os cuidados de saúde primários desempenham um papel fundamental na integração de estratégias não farmacológicas e farmacológicas, abordando as comorbilidades e prestando cuidados compassivos no fim de vida.

Referências Bibliográficas

1. Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, Pollock BG, Potter JF, Semla TP. *Geriatrics At Your Fingertips* 2024. New York: American Geriatrics Society; 2024. 420 p. ISBN: 978-1-886775-79-4.
2. Direção-Geral da Saúde. *Abordagem Diagnóstica e Terapêutica do Doente com Déficé Cognitivo ou Demência*. Norma DGS 053/2011 – Atualização 2023. Disponível em <http://www.dgs.pt>
3. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG). *Demencia: De la Enfermedad a la Persona*. Guía de Buena Práctica Clínica. Madrid: SEGG; 2023.
4. Bott N, Lindsay A. Diagnosing Dementia and Clarifying Goals of Care. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 15;100(6):369-371. PMID: 31524357.
5. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: A Review. *JAMA*. 2019;322(16):1589-1599.
6. Press D, Buss SS. Management of Dementia and Cognitive Impairment. UpToDate. 2023. Disponível em www.uptodate.com
7. Merel SE, DeMers S, Vig E. Palliative care in advanced dementia. *Clin Geriatr Med*. 2014 Aug;30(3):469-92.
8. Dolphin H, Dyer AH, Morrison L, Shenkin SD, Welsh T, Kennelly SP. New horizons in the diagnosis and management of Alzheimer's Disease in older adults. *Age Ageing*. 2024 Feb 1;53(2):afae005.
9. Cummings J, Sano M, Auer S, Bergh S, Fischer CE, Gerritsen D, Grossberg G, Ismail Z, Lancôt K, Lapid MI, Mintzer J, Palm R, Rosenberg PB, Splaine M, Zhong K, Zhu CW. Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: an international psychogeriatric association consensus algorithm. *Int Psychogeriatr*. 2024 Apr;36(4):251-262.
10. Rodrigues DA, Herdeiro MT, Thürmann PA, Figueiras A, Coutinho P, Roque F. Operationalisation for Portugal of the EU(7)-PIM List for Identification of Potentially Inappropriate Medicines in Older Adults. *Acta Med Port*. 2021 Mar. 1;34(3):194-200.
11. Woodford H. *Essential Geriatrics*. 4th ed. Boca Raton: CRC Press; 2022. 512 p. Depressão

Depressão

Desafios na gestão da depressão em pessoas mais velhas

A depressão nas pessoas mais velhas apresenta desafios únicos devido à complexa interação entre o envelhecimento, a saúde física, a função cognitiva e os fatores sociais. O subdiagnóstico da depressão é um problema significativo, muitas vezes resultante de apresentações atípicas, como queixas somáticas ou sintomas cognitivos. Os médicos de família estão na linha da frente dos cuidados, onde são iniciados mais de 80% dos tratamentos de saúde mental para esta população.

A gestão da depressão nos idosos requer uma abordagem individualizada, considerando os antecedentes pessoais, a alteração da farmacocinética, a maior sensibilidade aos medicamentos, a resposta a antidepressivos prévios, a gravidade da doença, comorbilidades e a necessidade de integrar intervenções sociais e psicológicas juntamente com a farmacoterapia.

Intervenções Não Farmacológicas

As intervenções não farmacológicas têm um papel fundamental na gestão da depressão em pessoas mais velhas, sobretudo devido ao maior risco de efeitos adversos dos medicamentos e à polimedicação, comum nesta faixa etária. Estas intervenções são frequentemente preferidas como tratamento de primeira linha ou complementares, dado o seu menor perfil de risco e os benefícios adicionais, como a melhoria da qualidade de vida.

As intervenções não farmacológicas estão indicadas para perturbações depressivas ligeiras a moderadas (com pontuação no PHQ-9 entre 4 e 9) ou em combinação com a farmacoterapia. Uma abordagem multimodal e centrada na pessoa, que tenha em conta o contexto individual, o ambiente social e as preferências do idoso, é essencial para um tratamento eficaz.

1. Intervenções Psicológicas Breves e Estruturadas

As intervenções psicológicas breves e estruturadas podem ter um impacto significativo na redução dos sintomas depressivos em pessoas idosas. É importante que estas intervenções sejam realizadas com o consentimento e participação ativa da pessoa, tendo em conta as suas preocupações e preferências.

A **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)** tem demonstrado grande eficácia no tratamento da depressão em adultos mais velhos, principalmente ao abordar padrões de pensamento negativos e comportamentos disfuncionais. A TCC inclui uma componente cognitiva, que ajuda a pessoa a identificar e desafiar pensamentos irrealistas, e uma componente comportamental, que visa promover comportamentos positivos e reduzir comportamentos negativos.

Apesar da sua eficácia, o acesso à TCC tradicional pode ser limitado para muitos idosos devido a problemas de mobilidade, barreiras de transporte e à falta de profissionais especializados em saúde mental. Neste contexto, a tele saúde e a TCC digital surgem como alternativas importantes às sessões presenciais, embora possam também apresentar desafios, como a dificuldade no uso de tecnologias por parte dos mais velhos.

Os médicos de família podem desempenhar um papel importante ao incentivar os seus doentes a participarem em intervenções de TCC de autoajuda assistida.



A **ativação comportamental**, que incentiva a participação em atividades gratificantes, é eficaz na redução de sintomas depressivos em idosos, especialmente os socialmente isolados ou com poucas atividades diárias. Esta abordagem pode ser aprendida rapidamente e aplicada por profissionais não especialistas, aumentando o acesso ao tratamento. Através da prescrição social os médicos e a restante equipa de saúde podem ajudar a conectar os idosos com recursos comunitários para reduzir o isolamento.

A **terapia de revisão de vida** envolve um terapeuta que orienta a pessoa a recordar e refletir sobre o seu passado, com o objetivo de alcançar uma sensação de paz ou aceitação em relação à sua vida. Esta abordagem pode ajudar a colocar a vida em perspetiva e a recuperar memórias importantes sobre amigos e familiares queridos. A terapia de revisão de vida é particularmente eficaz no tratamento da depressão em idosos e pode ser útil para aqueles que enfrentam questões relacionadas com o final da vida.

A **terapia de reminiscência** também se mostrou particularmente eficaz em adultos mais velhos, onde se encoraja os doentes a recordar experiências passadas, o que promove uma sensação de realização e ajuda a contrariar sentimentos de inutilidade.

2. Exercício Físico Multimodal

Para além das terapias psicológicas estruturadas, o exercício físico deve ser seriamente considerado devido à sua eficácia comprovada na melhoria do humor. Um programa de exercícios personalizado, ajustado às capacidades físicas e preferências de cada pessoa, pode contribuir para a redução dos sintomas depressivos, tanto a curto como a longo prazo.

3. Mindfulness

O mindfulness consiste em focar a atenção no momento presente, evitando pensamentos sobre o passado ou futuro que podem agravar os sintomas depressivos.

4. Autogestão e Redes de Apoio

As estratégias de autogestão são um complemento eficaz às intervenções médicas, especialmente em pessoas que valorizam a independência.

O envolvimento dos cuidadores e da família no apoio à saúde mental dos idosos é também um aspeto fundamental nos cuidados não farmacológicos. Educar as famílias sobre o reconhecimento da depressão e oferecer suporte nas atividades diárias pode ter um impacto positivo. A perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas é comum na depressão, e os familiares e cuidadores podem incentivar de forma gentil a prática de atividade física e o aumento do envolvimento social, através de, por exemplo, programas de exercício comunitário e desenvolvimento de competências.

5. Apoio Espiritual ou Religioso

Muitos idosos encontram conforto em práticas espirituais ou religiosas, que podem servir como fator protetor contra a depressão. Os médicos de família devem estar cientes das crenças culturais e espirituais do doente e prestar apoio na integração destas nos seus planos de cuidados.

Tratamento Farmacológico

1. Terapêutica de primeira linha

Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) são frequentemente a primeira escolha devido ao seu perfil de efeitos secundários relativamente favorável em comparação com outros antidepressivos. Contudo, mesmo dentro desta classe, os idosos são mais vulneráveis a efeitos colaterais como hiponatremia, prolongamento do intervalo QTc e aumento do risco de quedas e fraturas.

- A sertralina (dose recomendada 50-200mg) é uma opção bem tolerada, embora os efeitos secundários gastrointestinais possam ser mais pronunciados nos adultos mais velhos.
- O citalopram (20mg diários, dosagem máxima recomendada em adultos >60 anos) e o escitalopram (10mg diários, dosagem máxima recomendada em adultos >60 anos) são frequentemente utilizados, mas a sua posologia deve ser cuidadosamente monitorizada devido ao risco de prolongamento do intervalo QTc e aumento de arritmias, especialmente em pessoas com mais de 60 anos.

2. Terapêutica de segunda linha

- A mirtazapina (dose recomendada 15-30mg por dia) pode ser útil em doentes com insónia ou perda acentuada de peso. O tratamento combinado de um inibidor da recaptção (i.e., ISRS, IRSN) com um antagonista dos auto-receptores α_2 pré-sinápticos (mirtazapina ou trazodona) é mais eficaz do que a monoterapia para o tratamento de primeira linha da depressão aguda grave e para os doentes nos quais a monoterapia falha. Não se recomenda combinar 2 medicamentos serotoninérgicos.
- Os inibidores da recaptção da serotonina-noradrenalina (IRSN), como a duloxetina (dose recomendada 40-60mg por dia) e a venlafaxina (dose recomendada 75-225mg por dia), podem ser uma opção, especialmente em doentes que também sofrem de dor crónica, uma comorbilidade comum nas populações mais idosas. No entanto, os IRSN podem aumentar a pressão arterial e exacerbar a hiponatremia, sendo necessária uma monitorização cuidadosa.

Em adultos mais velhos, as alterações na farmacocinética frequentemente requerem doses iniciais mais baixas e uma titulação mais lenta para minimizar os efeitos secundários. Por exemplo, os ISRS e os IRSN podem necessitar de ser iniciados com metade da dose habitual utilizada nos adultos mais jovens.

3. Efeitos adversos e interações medicamentosas

A polimedicação é comum nos idosos, exigindo uma gestão cuidadosa das interações medicamentosas. Os ISRS podem aumentar o risco de hemorragia, especialmente em pacientes que utilizam anticoagulantes. Deve-se minimizar os efeitos anticolinérgicos, sendo recomendável evitar a amitriptilina devido às suas propriedades sedativas e aos riscos cardiovasculares associados.

Muitos antidepressivos elevam o risco de quedas em idosos. Assim, deve-se avaliar rigorosamente os benefícios e riscos da farmacoterapia, principalmente em doentes frágeis. Os antidepressivos também estão associados a riscos como fraturas, hiponatremia, síndrome serotoninérgica, arritmias e acidente vascular cerebral hemorrágico. Os ISRSs, em particular, estão relacionados a hemorragias gastrointestinais e osteoporose, devendo ser utilizados com cautela em pacientes com risco vascular. É também recomendada a monitorização periódica do sódio sérico.



Os ISRSs que inibem a CYP2D6, como fluoxetina e paroxetina, não devem ser combinados com oxicodona devido ao aumento do risco de sobredosagem. Medicamentos com semi-vida longa, como a fluoxetina, exigem atenção especial, pois podem acumular-se nos idosos, aumentando o risco de efeitos adversos.

4. Duração do Tratamento

Normalmente, são necessárias seis a oito semanas de tratamento para alcançar a melhoria máxima, com benefícios visíveis em muitas pessoas após duas semanas. Recomenda-se continuar a farmacoterapia por pelo menos seis meses após a remissão para reduzir o risco de recaída. Se não houver melhoria após três a quatro semanas, deve-se verificar a adesão, considerar aumentar a dose ou trocar o medicamento. Se não houver resposta, é importante referenciar para a consulta de psiquiatria para considerar outras opções, como combinações de medicamentos ou eletroconvulsoterapia (ECT).

Nos últimos 20 anos, o tratamento da depressão tem-se prolongado, especialmente em idosos. Embora a evidência para continuar o tratamento seja limitada, a taxa de recaída é menor para quem mantém a medicação por 12 meses.

A interrupção abrupta ou redução gradual aumenta o risco de recaída e de efeitos adversos, como mudanças de humor e insónia. Quando se interrompem os antidepressivos, recomenda-se uma redução gradual da dose durante pelo menos 1 mês. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados quanto a sintomas de descontinuação (sintomas semelhantes aos da gripe, hiperexcitação) ou recaída da depressão. Os sintomas de descontinuação podem ser graves se a medicação for interrompida abruptamente ou tiver uma semivida curta.

Estudos mostram que 30-50% do uso prolongado de antidepressivos em idosos não tem indicação. A desprescrição deve ser considerada seis meses após a resolução dos sintomas, principalmente em casos sem benefícios claros ou com efeitos adversos.

Gestão das comorbilidades na Depressão

1. Patologias Físicas Associadas à Depressão em Idosos

A depressão em idosos é frequentemente agravada por doenças crónicas, como diabetes, doenças cardiovasculares e dor crónica, que não só exacerbam os sintomas depressivos, mas também complicam o tratamento devido a limitações nas opções farmacológicas, causadas por contraindicações e interações medicamentosas.

As intervenções para tratar o declínio de outras capacidades, como a cognição ou a audição, podem ser mais eficazes se os sintomas depressivos forem abordados simultaneamente. Isto deve ser tido em consideração ao desenvolver um plano de cuidados personalizado.

Déficé Auditivo

Os idosos com perda auditiva tendem a relatar sentimentos de vergonha, ansiedade e perda de autoestima. Esta condição reduz a participação em atividades sociais e físicas, o que pode levar ao isolamento social, à solidão e, eventualmente, à depressão.

Deficiências Visuais

Doenças oculares relacionadas com a idade, como a degeneração macular e o glaucoma, aumentam o risco de depressão. Indivíduos com deficiências visuais frequentemente relatam sentimentos de tristeza, solidão e desesperança.

Reação à Deficiência

A depressão é uma condição secundária comum em pessoas que desenvolvem deficiências devido a doenças ou lesões. Os idosos que enfrentam novas deficiências estão em maior risco de desenvolver ansiedade e depressão.

Polimedicação

A polimedicação pode causar sintomas depressivos, e a depressão pode, por sua vez, levar ao uso excessivo de medicamentos. Interromper este ciclo é crucial. Os medicamentos com propriedades psicotrópicas, como anti-histamínicos, antipsicóticos, relaxantes musculares e medicamentos com efeitos anticolinérgicos, podem estar associados à depressão. A eliminação de medicamentos desnecessários ou ineficazes é uma estratégia importante para reduzir a polimedicação.

Anemia e Desnutrição

Anemia e desnutrição podem agravar os sintomas depressivos devido a deficiências de ferro, folato, vitamina B6 e B12. A depressão pode também contribuir para o desenvolvimento de anemia, uma vez que a perda de apetite e o desinteresse em atividades diárias, como fazer compras e cozinhar, reduzem a qualidade da nutrição. Gerir a anemia e melhorar o estado nutricional é fundamental para tratar os sintomas depressivos.

Hipotireoidismo

O hipotireoidismo é comum em idosos, especialmente nas mulheres, e os seus sintomas podem incluir manifestações depressivas.

Dor Crónica

A dor crónica está frequentemente associada a sintomas depressivos. A avaliação e gestão da dor são fundamentais para melhorar a qualidade de vida dos idosos e tratar os sintomas depressivos.

Declínio Cognitivo e Depressão

A depressão e o declínio cognitivo são condições que frequentemente coexistem em adultos mais velhos, agravando-se mutuamente. As intervenções não farmacológicas, como estimulação cognitiva, terapia cognitivo-comportamental, exercício, reminiscência e interação social, são eficazes na redução dos sintomas, mesmo na ausência de um diagnóstico de perturbação depressiva major. Estas abordagens são particularmente importantes nos casos de demência ligeira a moderada.

O tratamento farmacológico apresenta benefícios limitados. Estudos indicam que os antidepressivos não oferecem melhorias significativas nos sintomas depressivos, na função cognitiva ou na capacidade física, em comparação com placebo. Os efeitos adversos, como náuseas, sedação e tonturas, são mais comuns com o uso destes medicamentos. Caso um antidepressivo seja prescrito, é



essencial uma monitorização cuidadosa, com um período experimental de seis semanas para avaliar a eficácia. Deve considerar-se a redução da dose ou a descontinuação se não houver melhoria, e evitar medicamentos com efeitos anticolinérgicos. Um plano de cuidados holístico que incorpore estratégias não farmacológicas e uma monitorização cuidadosa de qualquer tratamento medicamentoso garante melhores resultados para doentes com demência e depressão.

O tratamento da depressão nos idosos é complexo e requer uma abordagem diferenciada que considere os aspetos fisiológicos, psicológicos e sociais únicos do envelhecimento. Ao utilizar uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas e ao abordar as comorbilidades e o declínio cognitivo, os médicos de família podem prestar cuidados abrangentes que melhoram a saúde mental e a qualidade de vida dos doentes mais idosos.

Referências Bibliográficas

1. Vonetta MD, McClintock SM, Verhaeghen P, Kim JU, Draheim AA, Syzmkowicz SM, et al. Depression and Cognitive Control across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev.* 2020;30(4):461–76.
2. Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, Pollock BG, Potter JF, Semla TP. *Geriatrics At Your Fingertips 2024*. New York: American Geriatrics Society; 2024. 420 p. ISBN: 978-1-886775-79-4.
3. World Health Organization (WHO). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance on person-centered assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019.
4. Steffens DC. Treatment-Resistant Depression in Older Adults. *N Engl J Med.* 2024;390(7):630–9.
5. Espinoza RT, Unützer J. Diagnosis and management of late-life unipolar depression. UpToDate [Internet]. 2022 Sep 14 [cited 2024 Oct 22]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-late-life-unipolar-depression>
6. Forbes MP, O’Neil A, Lane M, Agustini B, Myles N, Berk M. Major Depressive Disorder in Older Patients as an Inflammatory Disorder: Implications for the Pharmacological Management of Geriatric Depression. *Drugs Aging.* 2021;38(5):321–31.
7. Gálvez Sánchez N, Esteban Sáiz R. Depresión y ansiedad. Capítulo 23, In: *Tratado de geriatría*. Manual Antón Jiménez, editor. Ediciones Glosas; 2023.
8. Major Depressive Disorder in Older Patients as an Inflammatory Disorder: Implications for the Pharmacological Management of Geriatric Depression. *Drugs Aging.* 2021;38(5):321–31.
9. Nair P, Bhanu C, Frost R, Buszewicz M, Walters KR. A Systematic Review of Older Adults’ Attitudes Towards Depression and Its Treatment. *Gerontologist.* 2020 Jan 24;60(1):e93-e104.
10. Corpas J, Gilbody S, McMillan D. Cognitive, behavioural or cognitive-behavioural self-help interventions for subclinical depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022 Jul 1;308:384-390.
11. Dotson VM, McClintock SM, Verhaeghen P, Kim JU, Draheim AA, Syzmkowicz SM, Gradone AM, Bogoian HR, Wit L. Depression and Cognitive Control across the Lifespan: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev.* 2020 Dec;30(4):461-476.
12. Woodford H. *Essential Geriatrics*. 4th ed. Boca Raton: CRC Press; 2022. 512 p.

Ansiedade

Introdução

A ansiedade nesta população é muitas vezes subdiagnosticada, e manifesta-se frequentemente com queixas somáticas ou é atribuída ao envelhecimento. As comorbidades como doenças cardiovasculares, dor crónica e declínio cognitivo complicam a avaliação e gestão do problema.

Os tratamentos devem equilibrar eficácia e segurança, considerando as limitações físicas, cognitivas e riscos de interações medicamentosas na população mais velha. Este capítulo aborda intervenções não farmacológicas e farmacológicas, com ênfase nas particularidades desta população, monitorização e questões específicas como o medo de cair.

Intervenções Não Farmacológicas

Os tratamentos não farmacológicos são seguros e eficazes, além de abordarem aspectos psicológicos e sociais.

1. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A TCC pretende modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais, e é eficaz para perturbações como ansiedade generalizada e pânico. Nos adultos mais velhos, podem ser necessárias modificações para acomodar défices cognitivos ou sensoriais, como sessões mais curtas e práticas adaptadas.

Embora a TCC seja eficaz, requer um doente cognitivamente intacto e motivado. Esta intervenção pode ser realizada individualmente ou em grupo. Para os idosos socialmente isolados, a TCC em grupo pode proporcionar o benefício adicional da interação social, reduzindo a solidão, que muitas vezes contribui significativamente para a ansiedade. A TCC digital pode ser uma solução para aqueles com acesso limitado à terapia, embora alguns idosos possam precisar de apoio técnico para utilizá-las.

2. Redução do stress baseada em Mindfulness (RSBM)

A RSBM promove relaxamento e autoconsciência através de técnicas como respiração consciente, meditação e movimentos lentos e intencionais. A RSBM pode ser especialmente apelativa para os idosos, pois inclui exercícios físicos de baixa intensidade, como yoga suave ou exercícios realizados sentado, adaptados a limitações de mobilidade comuns nesta faixa etária. Estudos demonstram que a RSBM pode ser tão eficaz quanto a farmacoterapia, como o uso de escitalopram, no tratamento da ansiedade, especialmente em casos de ansiedade social e perturbação de pânico

3. Prescrição Social e Intervenções Baseadas em Atividades

A solidão e o isolamento social, comuns com o luto, a perda de papéis sociais e a mobilidade reduzida, agravam a ansiedade nos idosos. As intervenções sociais que melhoram a interação, como a participação em centros de dia, atividades comunitárias ou programas de voluntariado, aliviam o isolamento e oferecem benefícios cognitivos e emocionais, especialmente em casos de défice cognitivo ligeiro.

O exercício, mesmo de baixa intensidade, melhora o humor e reduz a ansiedade, devendo ser adaptado às capacidades individuais, como caminhadas ou exercícios em cadeira para pessoas com problemas de mobilidade. O envolvimento social e a prática de atividade física combinam-se para criar uma abordagem integrada e holística, promovendo tanto o bem-estar emocional quanto o físico dos idosos.



Tratamento Farmacológico

A gestão farmacológica da ansiedade em idosos deve ser sempre abordada com precaução devido ao risco aumentado de reações adversas e polimedicação.

1. Farmacoterapia de primeira linha

Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptção da serotonina-noradrenalina (IRSN) são os tratamentos de primeira linha para a ansiedade em idosos, devido à eficácia e menores efeitos secundários. Opções comuns incluem sertralina, escitalopram e venlafaxina. Idosos são mais suscetíveis a hiponatremia, sedação e distúrbios gastrointestinais, exigindo o princípio “comece devagar, vá devagar”. A sertralina é a preferida para problemas cardiovasculares, enquanto a mirtazapina pode ser útil em casos de insónia ou perda de peso. Monitorizar regularmente os eletrólitos e, no caso de IRSN, a pressão arterial, é fundamental para evitar complicações.

2. Benzodiazepinas

As benzodiazepinas devem ser evitadas em idosos devido ao risco de comprometimento cognitivo, quedas, delírio, sedação excessiva e dependência. O uso dessas substâncias é particularmente contraindicado em casos de histórico de quedas, fraturas ou uso concomitante de opioides. As benzodiazepinas de ação prolongada, como flurazepam, diazepam e clordiazepóxido, apresentam maior risco de efeitos adversos, incluindo défice psicomotor, delirium e maior toxicidade. Estes medicamentos estão associados a problemas como dependência, uso inadequado, tolerância e sintomas de abstinência, sendo que as benzodiazepinas de ação curta têm maior risco de abstinência grave, incluindo convulsões, especialmente o alprazolam.

Em casos de ansiedade refratária, seu uso pode ser considerado a curto prazo, priorizando agentes de ação curta, como lorazepam (0,5–2 mg por via oral em 2–3 doses divididas) ou oxazepam (10–15 mg por via oral a cada 8–12 horas), para minimizar a toxicidade. O tratamento, nesses casos, deve ser limitado a um período máximo de 60 a 90 dias. Os hipnóticos não benzodiazepínicos não são recomendados para a gestão de transtornos de ansiedade. Para orientações sobre desprescrição, recomenda-se a consulta de recursos como [deprescribing.org](https://www.deprescribing.org), que disponibiliza um algoritmo específico para a redução segura do uso de benzodiazepinas.

3. Outros tratamentos

A **bupiriona** é uma opção eficaz para o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada em idosos, apresentando baixo risco de sedação e quedas. No entanto, seus efeitos terapêuticos podem demorar de 2 a 4 semanas para se manifestar. A dose inicial recomendada é de 7,5–10 mg por via oral a cada 12 horas, podendo ser aumentada até um máximo de 60 mg por dia. A bupiriona não está associada a dependência, tolerância, abstinência ou depressão do sistema nervoso central. Deve-se ter precaução com o risco de síndrome serotoninérgica ao usar a bupiriona em combinação com ISRS, IMAOs, antidepressivos tricíclicos, agonistas do receptor 5-HT₁, lítio, erva de São João, opióides ou dextrometorfano (presente em vários antitússicos de venda livre).

A **pregabalina**, embora não aprovada pela FDA para o tratamento da ansiedade, demonstrou eficácia como adjuvante, sendo geralmente bem tolerada. No entanto, pode causar sonolência e tonturas, aumentando o risco de quedas. O seu uso concomitante com opioides deve ser evitado, exceto durante a transição do tratamento. Em doentes com ClCr <60 mL/min, recomenda-se reduzir a dose para minimizar os efeitos adversos no SNC.

Considerações Especiais

1. Comorbilidades

A ansiedade nos idosos coexiste frequentemente com condições crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, dor crônica e demência. É importante diferenciar entre ansiedade e sintomas de condições médicas, como falta de ar ou palpitações, que podem ser atribuídas a doenças cardíacas.

2. Monitorização e efeitos adversos

Os idosos são particularmente suscetíveis aos efeitos secundários dos tratamentos farmacológicos, incluindo sedação, tonturas e hiponatremia. A monitorização regular dos efeitos secundários dos medicamentos é fundamental. As interações medicamentosas, especialmente em doentes que tomam múltiplos medicamentos, devem ser controladas de perto para evitar resultados adversos.

3. Medo de cair

O medo de cair é uma fonte comum de ansiedade nos idosos e pode levar à redução da mobilidade e ao isolamento social, o que agrava ainda mais a ansiedade. Técnicas graduais de dessensibilização, combinadas com treino de equilíbrio ou tratamentos de fisioterapia, podem ajudar a reduzir este medo. As intervenções não farmacológicas, como os programas de exercício destinados a melhorar o equilíbrio e a força, devem fazer parte de um plano de tratamento integrado.

Referências Bibliográficas

1. Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, Pollock BG, Potter JF, Semla TP. *Geriatrics At Your Fingertips* 2024. New York: American Geriatrics Society; 2024. 420 p. ISBN: 978-1-886775-79-4.
2. Bryant C, Mohlman J, Gum A, Stanley M, Beekman ATF, Wetherell JL, Gallagher-Thompson D, Kunik ME. Anxiety disorders in older adults: Looking to DSM5 and beyond. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013 Sep;21(9):872-6.
3. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety*. 2010;27(2):190-211.
4. Subramanyam AA, Kedare J, Singh OP, Pinto C. Clinical practice guidelines for Geriatric Anxiety Disorders. *Indian J Psychiatry*. 2018;60(Suppl 3).
5. Burns A, Thompsell A, Mueller C, Harwood D, Bagshaw P. *Mental health in older people: a practice primer*. NHS England and NHS Improvement; 2017.



Insónia

Introdução

A insónia é uma das queixas mais frequentes em cuidados de saúde primários, particularmente entre as pessoas mais velhas. A gestão da insónia deve abordar condições subjacentes, como dor, problemas respiratórios ou perturbações de humor, ajustando o tratamento para aliviar a insónia sem necessidade de intervenções diretas no sono.

Intervenções Não Farmacológicas

As abordagens não farmacológicas são a primeira linha no tratamento da insónia em idosos, abordando fatores comportamentais, psicológicos e ambientais.

1. Higiene do sono

Durante o dia:

- Manter horários regulares para despertar, independentemente da quantidade de sono.
- Praticar atividade física regularmente, evitando exercícios próximos da hora de deitar.
- Exposição à luz solar pela manhã.
- Limitar ou eliminar sestas.
- Reduzir ou evitar consumo de álcool, cafeína e nicotina, especialmente à noite.

Ao deitar:

- Evitar preocupações na cama; usar técnicas como escrever os problemas para o dia seguinte.
- Garantir um ambiente propício ao sono (quarto escuro, silencioso e confortável).
- Adotar uma rotina relaxante antes de dormir (ex.: banho quente 90 minutos antes do sono, meditação ou leitura).
- Evitar ecrãs com luz emissora antes de dormir; se necessário, utilizar filtros de luz azul.
- Se não adormecer em 15-20 minutos, sair da cama e realizar uma atividade relaxante.

2. Técnicas comportamentais e psicológicas

- Técnicas de controle de estímulos: Esta técnica ajuda a restabelecer a cama como um local para dormir, instruindo os doentes a evitar atividades como ver televisão ou ler na cama. Tais estratégias são muitas vezes mais eficazes quando os cuidadores estão envolvidos para apoiar e monitorizar a adesão.
- Terapia de restrição do sono: Implica limitar o tempo na cama à quantidade real de sono alcançada, aumentando-o gradualmente à medida que a eficiência do sono melhora. Embora eficazes, os idosos podem necessitar de ajustes mais graduais para evitar a sonolência diurna, o que pode aumentar o risco de queda.
- Técnicas de relaxamento: Relaxamento muscular progressivo ou meditação mindfulness.
- Terapia cognitivo-comportamental para insónia (TCC-I): Combina restrição do sono, controle de estímulos e terapia cognitiva. Pode ser realizada presencialmente, por telefone ou via plataformas online.



Tratamento Farmacológico

Os medicamentos devem ser usados apenas em combinação com intervenções comportamentais. Recomenda-se preferir o uso intermitente, de 2 a 4 vezes por semana, e limitar o uso a curto prazo, entre 3 a 4 semanas. É importante utilizar a dose eficaz mais baixa e descontinuar gradualmente para evitar insónia de rebound. Deve-se monitorizar cuidadosamente os efeitos colaterais, como quedas ou alterações cognitivas. Para a manutenção a longo prazo, deve-se priorizar intervenções não farmacológicas e descontinuar os medicamentos de forma gradual.

1. Antidepressivos sedativos

a. Trazodona (25-50 mg): eficaz para tratar insónia, tanto associada quanto não associada à depressão. Apresenta menor risco de dependência em comparação com as benzodiazepinas, mas pode causar efeitos adversos, como hipotensão ortostática, tonturas e risco aumentado de quedas.

b. Mirtazapina: indicada para insónia associada a depressão ou perda de apetite, estimulando o apetite, embora seus efeitos sedativos aumentem o risco de quedas.

2. Benzodiazepinas (uso a curto prazo)

As benzodiazepinas apresentam riscos elevados nos idosos, incluindo quedas, declínio cognitivo, sedação diurna e dependência. A dependência pode surgir rapidamente, mesmo em doses baixas, e a descontinuação pode causar insónia rebound. Devem ser usadas apenas a curto prazo e em situações imprescindíveis, preferindo-se opções de ação curta, como o lorazepam (0,25-2 mg), para minimizar sedação prolongada e acumulação.

Antes de prescrever benzodiazepinas, é fundamental avaliar a presença ou ausência das seguintes condições, nas quais o uso de BZ não é recomendado:

- Existência de causalidade ou comorbilidade física;
- Abuso de álcool ou outras substâncias;
- Miastenia gravis;
- Insuficiência respiratória grave;
- Apneia do sono;
- Insuficiência hepática grave.

Antes de prescrever benzodiazepinas ou fármacos semelhantes, é essencial informar o doente sobre os potenciais riscos associados. Estes incluem a possibilidade de habituação e dependência, o desenvolvimento de síndrome de privação ao interromper o uso, o risco de toxicidade quando combinados com álcool e/ou outros sedativos, o comprometimento das funções psicomotoras e um maior risco de quedas, especialmente em pessoas idosas.

3. Hipnóticos não benzodiazepínicos

O Zolpidem (iniciar com dose baixa 5 mg) é uma opção para a insónia inicial devido à sua semi-vida curta, que reduz a sedação no dia seguinte em comparação com as benzodiazepinas. Contudo, em idosos, podem causar efeitos secundários cognitivos, quedas e dependência ligeira. Recomenda-se uso a curto prazo (máximo de 4 semanas) na menor dose eficaz.



4. Melatonina

A melatonina (0,3-5 mg) é uma opção segura para melhorar a latência do sono, com leve impacto na sonolência diurna e sem afetar a manutenção do sono. Deve ser tomada 2 a 5 horas antes de deitar, sem risco de dependência. Com poucos efeitos cognitivos ou sedativos, pode ser usada a longo prazo sob supervisão médica, sendo especialmente útil em perturbações do ritmo circadiano e dificuldades em adormecer.

5. Antipsicóticos

Os antipsicóticos, como a quetiapina, podem ser usados off-label para insónia em idosos, especialmente em casos com comorbilidades psiquiátricas, como agitação ou ansiedade grave. Contudo, devem ser evitados como primeira linha devido ao risco de efeitos adversos significativos, incluindo sedação excessiva, hipotensão ortostática, quedas e complicações metabólicas.

6. Anti-histamínicos sedativos

Os anti-histamínicos sedativos, usados ocasionalmente para insónia, não são recomendados em idosos devido aos efeitos anticolinérgicos, como confusão, retenção urinária e maior risco de quedas. Associados a comprometimento cognitivo e delirium, devem ser evitados em favor de alternativas mais seguras.

Considerações Especiais

O seguimento e a reavaliação regulares são cruciais para determinar a necessidade contínua de medicação e monitorizar os efeitos adversos, como alterações cognitivas ou aumento do risco de queda. Os adultos mais velhos podem beneficiar de esforços periódicos de desprescrição para reduzir os riscos de polimedicação.

O envolvimento dos cuidadores pode fornecer um apoio essencial na manutenção das rotinas de higiene do sono, incentivando a adesão a estratégias não farmacológicas e monitorizando os efeitos secundários dos medicamentos.

Referências Bibliográficas

1. Suzuki K, Miyamoto M, Hirata K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *J Gen Fam Med.* 2017;18(2):61-71.
2. Grandner MA, Perlis ML. Pharmacotherapy for insomnia disorder in older adults. *JAMA Netw Open.* 2019;2(12):e1918214.
3. Praharaj SK, Gupta R, Gaur N. Clinical practice guideline on management of sleep disorders in the elderly. *Indian J Psychiatry.* 2018;60(Suppl 3):S383-S396.
4. Brewster GS, Riegel B, Gehrman PR. Insomnia in the older adult. *Sleep Med Clin.* 2018;13(1):13-19.
5. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the elderly: a review. *J Clin Sleep Med.* 2018;14(6):1017-1024.
6. Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *Am J Med.* 2006;119(6):463-469.
7. Tampi RR, Soriano RP. Assessing and treating insomnia in older adults. *Psychiatric Times CME.* 2024 Apr;24.
8. Molnar F, Frank C, Chun S, Lee EK. Insomnia in older adults: approaching a clinical challenge systematically. *Can Fam Physician.* 2021;67(1):25-26.
9. Direção-Geral da Saúde. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. Norma no 055/2011 de 27/10/2011 atualizada a 21/01/2015.

Hábitos Tabágicos e Alcoólicos

Cessação Tabágica

O consumo de tabaco   um factor de risco significativo para a saúde em qualquer idade, e os benefícios da cessação tabágica estendem-se mesmo em anos mais avançados, oferecendo maior longevidade, redu o da morbidade e melhor qualidade de vida. Os idosos enfrentam barreiras e motiva es específicas; por exemplo, alguns podem sentir que deixar de fumar não terá um impacto significativo na sua saúde.

1. Interven es comportamentais adaptadas para adultos mais velhos

Os adultos mais velhos beneficiam de interven es comportamentais que consideram a dinâmica psicológica e social única do envelhecimento. As abordagens específicas incluem:

- Entrevista motivacional: abordado as crenças de que deixar de fumar tardiamente oferece benefícios mínimos e enfatizando as melhorias imediatas na saúde, como a redu o da pressão arterial e uma melhor fun o respiratória.
- A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) adaptada para adultos mais velhos foca-se na gestão de factores de stress que podem aumentar a dependência do tabagismo. Muitas pessoas fumam como mecanismo de coping para a solidão, tristeza ou declínio da saúde. Abordar as razões subjacentes pode fazer com que deixar de fumar pareça mais atingível e reforçar a abstinência a longo prazo.
- Planos de Cessa o Personalizados: Para os adultos mais velhos,   essencial desenvolver um plano que tenha em conta as suas preocupa es específicas de saúde, a história de tabagismo e as motiva es pessoais. As estratégias de redu o gradual podem, por vezes, ser mais apropriadas do que a cessa o abrupta, especialmente para as pessoas que fumam há muitas décadas.

2. Interven es Farmacológicas

- **Terapia de substitui o da nicotina (TSN):** as op es de TSN, como adesivos ou pastilhas, podem ser seguras e eficazes em adultos mais velhos, mas a dosagem deve ser personalizada, devendo-se monitorizar a tensão arterial e os sintomas cardiovasculares. Dadas as potenciais intera es com outros medicamentos, a TSN em doses baixas pode ser mais segura.
- A **Vareniclina** e **Bupropiona** são eficazes nesta faixa etária. Devido ao aumento da sensibilidade aos medicamentos e ao potencial de intera es com outros medicamentos prescritos, deve-se considerar iniciar com doses mais baixas e monitorizar de perto os efeitos adversos, como agita o, distúrbios do sono ou efeitos cardiovasculares. Estes medicamentos, ao reduzir eficazmente os desejos, podem aumentar a confiança nas tentativas de deixar de fumar.
- A **citisiniclina** não   recomendada em doentes com mais de 65 anos de idade devido   experiência clínica limitada.

3. Considera es Especiais

O apoio social e a acessibilidade são fundamentais para a cessa o tabágica. O envolvimento da família   benéfico, pois aumenta a motiva o e proporciona um ambiente de apoio e livre de fumo. Op es remotas, como o aconselhamento por telefone ou a telessaúde, podem ajudar a resolver estas barreiras. Além disso, o médico de família pode encaminhar proactivamente os doentes mais velhos para consultas de apoio intensivo   cessa o tabágica, uma vez que estes são menos propensos a procurar assistência de



forma independente.

As alterações físicas e cognitivas associadas ao envelhecimento também têm impacto nos esforços de cessação. Por exemplo, os adultos mais velhos podem ter problemas de memória que necessitam de instruções claras e simples, orientação escrita e lembretes para aderir às intervenções farmacológicas. A gestão dos sintomas de abstinência, que podem ser mais pronunciados nos adultos mais velhos, é crucial. Oferecer estratégias como práticas de higiene do sono e técnicas de relaxamento pode ajudar a atenuar problemas como a insónia e a irritabilidade.

O apoio a longo prazo e a prevenção de recaídas são componentes essenciais para uma cessação bem-sucedida nesta faixa etária. O acompanhamento contínuo permite à equipa de saúde monitorizar o progresso, prevenir recaídas e reforçar os benefícios para a saúde decorrentes do abandono, que incluem a melhoria da mobilidade e da saúde respiratória. Os grupos de apoio interpares especificamente concebidos para as pessoas mais velhas também desempenham um papel importante, oferecendo um incentivo adequado à idade e uma oportunidade de ligação com outras pessoas que enfrentam desafios semelhantes. Este sentido de comunidade pode ser particularmente eficaz para ajudar as pessoas a manterem a abstinência tabágica.

Referências Bibliográficas

1. Zbikowski SM, Magnusson B, Pockey JR, Tindle HA, Weaver KE. A review of smoking cessation interventions for smokers aged 50 and older. *Maturitas*. 2012;71(2):131-41.
2. Watkins SL, Thurl J, Max W, Ling PM. Real-World Effectiveness of Smoking Cessation Strategies for Young and Older Adults: Findings from a Nationally Representative Cohort. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1560-8.
3. Jordan H, Hidajat M, Payne N, Adams J, White M, Ben-Shlomo Y. What are older smokers' attitudes to quitting and how are they managed in primary care? An analysis of the cross-sectional English Smoking Toolkit Study. *BMJ Open*. 2017;7:e018150.
4. Cancer Council Victoria. Interventions tailored for age and/or gender. In: Greenhalgh EM, Scollo MM, Winstanley MH, editors. *Tobacco in Australia: Facts and issues*. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2022.
5. Direção-Geral da Saúde. Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2007.
6. Chen D, Wu LT. Smoking Cessation Interventions for Adults Aged 50 or Older: A Systematic Review and Meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2015;154:14-24.
7. World Health Organization. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024.

Problemas Ligados Álcool

O tratamento da Perturbação de Uso de Álcool (PUA) em pessoas mais velhas apresenta vários desafios específicos. A PUA afeta entre 1% e 3% da população geriátrica e é responsável por alta morbidade e mortalidade. Estudos em Portugal indicam um aumento do consumo de álcool nesta faixa etária, com os maiores de 60 anos sendo mais propensos a consumir álcool diariamente em comparação com outras faixas. A PUA em idosos pode ser de início precoce (desde a idade adulta) ou de início tardio, desencadeada por fatores como, por exemplo, a solidão, falecimento de familiares/amigos, dor crônica e stress.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas, como redução da metabolização hepática e diminuição da função renal, o que intensifica e prolonga os efeitos do álcool e dos medicamentos. Além disso, a alta prevalência de comorbilidades e a polimedicação aumentam os riscos de interações e efeitos adversos, tornando a gestão ainda mais complexa. A identificação precoce da PUA em idosos é um desafio, já que os sintomas podem ser confundidos com défices cognitivos ou alterações de humor frequentes no envelhecimento. Além disso, muitas pessoas mais velhas tendem a subnotificar seu consumo de álcool, seja por vergonha, seja por desconhecimento dos riscos associados.

Em contexto de cuidados de saúde primários, poderão ser realizadas intervenções em pessoas com problemas ligados ao álcool (PLA) com consumo de risco ou consumo nocivo. Estas intervenções de nível I, que vão desde a prevenção até o encaminhamento para cuidados especializados, permitem atuar precocemente em casos com sinais iniciais de problemas relacionados ao álcool. As intervenções são fundamentais para prevenir a progressão do consumo problemático de álcool, proporcionando apoio e orientação desde os primeiros sinais de risco.

Prevenção

A prevenção foca-se em grupos com fatores de risco, como pessoas com história pessoal e/ou familiar de dependência, e visa fornecer as capacidades para evitar o agravamento do uso de álcool. Este tipo de prevenção fortalece fatores protetores, ajudando os indivíduos a evitar o consumo excessivo de álcool.

Intervenção Breve

As intervenções breves utilizam técnicas que procuram aumentar a motivação intrínseca do indivíduo, incentivando mudanças com base nos objetivos pessoais e ajudando a superar ambivalências e resistências à mudança, facilitando a adoção de comportamentos mais saudáveis. Essas intervenções devem ser ajustadas ao contexto e à fase da vida em que o indivíduo se encontra.

O ambiente familiar e comunitário tem papel essencial nesse processo. Nos casos de PUA, os efeitos negativos afetam não só o indivíduo, mas também familiares e amigos. Quando um familiar demonstra preocupação com o consumo de álcool, o médico deve estar atento às preocupações e orientar para redução do consumo. Os familiares devem ser incentivados a abordar o tema de forma empática e a oferecer suporte emocional.



Para a descrição mais detalhada desta e outras intervenções sugerimos a consulta do documento “Como atuar perante o consumo nocivo de álcool? Guia para Cuidados de Saúde Primários” do Grupo de Estudos de Comportamentos Aditivos da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

A Rede de Referência e Articulação em Portugal oferece suporte especializado para idosos com PLA através de uma abordagem integrada biopsicossocial. Esse sistema garante um tratamento contínuo e personalizado, promovendo a reabilitação e o bem-estar dos pacientes desde a triagem até o acompanhamento especializado. A referência deve ser realizada imediatamente nas seguintes situações:

- Dependentes alcoólicos;
- Dependentes alcoólicos com tratamentos anteriores;
- Risco de privação moderada a severa;
- Comorbilidade psiquiátrica;
- Ausência de suporte familiar ou social;
- Uso regular de outras substâncias aditivas.

Considerações Especiais no Tratamento de Pessoas Mais Velhas com PLA

1. Prevenção de Quedas e Mobilidade

A alta incidência de quedas nesta faixa etária, intensificada pelo consumo de álcool, torna fundamental a avaliação da mobilidade. A adaptação do ambiente doméstico e o uso de auxiliares de marcha podem ajudar a reduzir o risco de quedas.

2. Comorbidade Psiquiátrica

Aproximadamente 20% dos idosos com diagnóstico de depressão também apresentam PUA, e mais de 90% dos idosos com PUA têm depressão.

3. Apoio Cognitivo e Adesão ao Tratamento

A adesão ao tratamento pode ser comprometida por défices cognitivos. Instruções claras e lembretes, além do envolvimento de familiares, podem melhorar a adesão do paciente.

4. Isolamento Social e Redes de Apoio

A solidão é um fator de risco significativo no consumo de álcool entre idosos.



Acesso aos Serviços Especializados

Para apoio no uso problemático de álcool e outras dependências, estão disponíveis a Linha 1414 e o Módulo de Inscrição Pública.

Linha 1414: Serviço anónimo e gratuito que oferece aconselhamento, suporte emocional e encaminhamento para dependências e comportamentos aditivos. Funciona nos dias úteis, das 10h00 às 18h00, pelo telefone ou email (1414@icad.min-saude.pt).

Módulo de Inscrição Pública: Plataforma online que permite inscrição direta para apoio especializado, com avaliação da gravidade da situação, facilitando o acesso aos serviços de tratamento. Estes recursos facilitam o acesso e promovem uma intervenção rápida para aqueles que necessitam de ajuda.

Referências Bibliográficas

1. Nogueira V, Melo MM, Gasparinho R, Pereira I, Teixeira J. Perturbações do Uso de Álcool na População Geriátrica. Rev Port Psiquiatr Saúde Ment. 2021;7(4):136-139. doi: 10.51338/rppsm.262.
2. Como atuar perante o consumo nocivo de álcool? Guia para Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Grupo de Estudos de Comportamentos Aditivos, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; 2024
3. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Rede de Referência / Articulação no Âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. Lisboa: SICAD; 2013. ISBN: 978-972-9345-84-5.
4. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Guia Orientador da Intervenção Psicológica nos Problemas Ligados ao Álcool. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses; 2016.
5. SICAD. Linha Vida - Rede Nacional de Apoio na Área dos Comportamentos Aditivos e Dependências. Serviço de Atendimento da Linha Vida; 2014.
6. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Modelos de Respostas [Internet]. SICAD. Available from: <https://sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/ModelosRespostas.aspx>
7. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Como se Inicia o Tratamento [Internet]. SICAD. Available from: <https://sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/ComolinciaTratamento.aspx>
8. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Rede de Referência [Internet]. SICAD. Available from: <https://sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Home%20Page.aspx>
9. Instituto da Droga e da Toxicod dependência (ICAD). Informação e Conteúdos [Internet]. ICAD. Available from: <https://www.icad.pt/ImageContent/Index/21?languageId=0>



Intervenções Sociais

A compreensão do quadro socioeconómico da pessoa idosa permite intervenções importantes que impactam na sua saúde física e mental.

A cooperação multidisciplinar nas equipas dos Cuidados de Saúde Primários fornece estratégias de relevo na assistência social à pessoa idosa.

Diversas situações podem ser encontradas e as intervenções dependem do diagnóstico situacional. A visita domiciliária poderá fornecer dados surpreendentes relacionados ao dia a dia do utente diante do olhar de um profissional atento. A observação da aparência física do idoso, incluindo o seu autocuidado, higiene e vestuário pode trazer dados indiretos do aspeto socioeconómico. A avaliação in loco da sua habitação e arredores, da sua interação com o cuidador e/ou coabitantes e do cumprimento terapêutico são de especial interesse para a avaliação socioeconómica.

Existem diversas intervenções sociais de acordo com a situação apresentada. Em geral, pode-se dividir as necessidades sociais da pessoa idosa nas seguintes áreas:

- 1- Auxílio nas atividades básicas de vida diária ;
- 2- Habitação ;
- 3- Gestão financeira ;
- 4- Solidão/Isolamento social ;
- 5- Participação social
- 6- Violência ;
- 7- Apoio ao Cuidador ;

1. Auxílio nas atividades básicas de vida diária

A diminuição progressiva da capacidade intrínseca associada ao risco aumentado de dependência funcional são grandes preocupações da pessoa idosa.

Intervenções que auxiliam a pessoa idosa com algum grau de dependência:

- programas de reabilitação motora;
- adaptações do ambiente físico;
- uso de tecnologias de apoio, auxílios e adaptações (ex. teclado adaptado, leitores de tela, comunicadores alternativos, software de reconhecimento de voz, aplicações de navegação acessíveis, como aquelas em que se conecta invisuais com voluntários para ajudá-los em tarefas quotidianas através de vídeo em direto);
- serviços de transporte para mobilidade na comunidade;
- avaliação regular do apoio e da disponibilidade do cuidador informal, incluindo a avaliação das suas necessidades e reavaliando a necessidade de auxílio por cuidadores formais;
- conhecimento da rede de suporte disponível na comunidade e referênciação
- após articulação multidisciplinar (ex: serviços de apoio domiciliário, centros de dia,

2. Habitação

- centros de noite, famílias de acolhimento e estruturas residenciais)
2. Habitação
O sítio onde vive a pessoa idosa pode afetar a sua saúde, independência e bem-estar, influenciados por fatores como o tamanho, acesso, conforto térmico, condição estrutural, integridade, segurança e proteção do local. Quando há questões relacionadas à habitação, as intervenções propostas são:
- proceder a visita domiciliária para o diagnóstico situacional
 - sugerir adaptações domiciliare
 - considerar acomodações alternativas
 - referenciação ao Serviço Social que poderá articular com programas de bem estar social, habitação comunitária ou redes de apoio existentes

3. Gestão financeira

Os recursos financeiros exercem influência no bem estar da pessoa idosa e no “envelhecer com dignidade”. Os problemas relacionados com a gestão financeira podem incluir a insuficiência económica para o suprimento das necessidades básicas ou a incapacidade de gerir as suas próprias finanças.

O conhecimento dos apoios sociais comunitários disponíveis facilita o acesso a pessoas que necessitem, por exemplo, de ajuda alimentar, sendo de fundamental importância o papel do profissional de saúde como intermediário entre o idoso e os serviços de apoio (equipas de Serviço Social).

Intervenções para a incapacidade de gerir as suas próprias finanças:

- _ Encaminhamento para orientação financeira especializada, por exemplo auxílio na declaração do IRS nas Juntas de Freguesia ;
- _ Orientação sobre como delegar as responsabilidades pelas decisões financeiras, com proteção contra abusos financeiros, ex. estatuto de maior acompanhado.

Intervenções para as situações de insuficiência económica:

Poderão ser acionados benefícios sociais a que os utentes têm direito (consultar Avaliação do Idoso: Guia Prático para a Consulta de Medicina Geral e Familiar, GESI, APMGF):

- _ Prestação Social para a Inclusão ;
- _ Produtos de Apoio para pessoas com deficiência ou incapacidade ;
- _ Complemento por dependência ;
- _ Complemento solidário para idosos (CSI) ;
- _ Atestado Médico de Incapacidade Multiuso ;



4. Solidão/Isolamento social

Nos casos de solidão ou isolamento social, algumas sugestões podem ser apresentadas aos idosos:

- _ fortalecer vínculos sociais próximos (cônjuge, família, amigos ou vizinhos) ;
- _ estimular o uso de recursos da comunidade (clubes, grupos religiosos, grupos folclóricos, excursões, atividades promovidas pelas Juntas de Freguesia, centros de dia, atividades desportivas, atividades de lazer ou universidades séniores) ;
- _ incentivar a interação usando tecnologias de informação e de comunicação ;
- _ incentivar a busca por oportunidades de contribuir para a sociedade por meio de trabalho voluntário ou remunerado.

5. Participação social

O envolvimento em atividades que façam sentido à pessoa idosa e a sua participação social contribuem para a motivação e para a melhoria na qualidade de vida.

Cabe ao profissional de saúde tentar compreender as prioridades e as preferências da pessoa idosa, possibilitando ajudá-la a encontrar maneiras de aumentar a sua participação social, sabendo que cada um traz a sua bagagem biográfica, com suas singularidades e terá prioridades diferentes sobre o que é importante. Algumas sugestões para aumentar a participação social são: atividades de lazer, aprendizagem, voluntariado, organização de eventos e atividades religiosas.

Os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários devem estar familiarizados com a disponibilidade local de instalações e áreas de lazer, estabelecimentos de educação de pessoas mais velhas, voluntariado e serviços de consultoria de emprego.

6. Violência

Diante da **suspeita de violência** contra a pessoa idosa, em que estão enquadrados a violência física, a violência psicológica, a violência económica, a violência sexual e a negligência e o abandono, cabe ao profissional de saúde informar o utente sobre a deteção desta suspeita, acolher de forma empática, apoiar o utente na tomada de consciência e reconhecimento da situação, oferecer apoio integral e interdisciplinar, apoiar a vítima na tomada de decisões e informar sobre os recursos de apoio disponíveis. Além disso, é essencial despistar uma situação de risco ou a existência de **perigo iminente**. A notificação (cópia do **Formulário do Registo** Clínico de Violência encontrado na plataforma do RSE - Área do Profissional. Escolher MENU DGS > Registo Clínico de Violência em Adultos) deve ser enviada à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA).

A **situação de risco**, caracterizada como uma situação confirmada de violência, mesmo que a vítima não a reconheça como tal, deve ser abordada da mesma forma que a suspeita de violência. Deve-se sinalizar a EPVA. Cabe ao profissional, ainda, elaborar um plano de segurança com a vítima para possíveis situações de perigo, prevenir novas situações de violência e sensibilizar a vítima de que a violência é considerada crime e prestar informações sobre a denúncia. Em caso de aceitação, apoiar a vítima na denúncia/ queixa. Em caso de recusa, denunciar enviando cópia do Formulário de Denúncia do Crime para o Ministério Público, apenas após estarem asseguradas condições de segurança e proteção da vítima (Avaliação de indicadores de risco), estabelecendo com esta um Plano de Segurança.

Nas **situações de perigo**, quando a vítima se encontra em perigo iminente de vida, o profissional de saúde deve informar a vítima da situação de perigo em que se encontra e fornecer-lhe possíveis estratégias, estabelecendo um plano de segurança e demonstrando que ela não está só. É imprescindível manter

a vítima em segurança e protegê-la do contacto com o agressor e, se necessário, contactar as Forças de Segurança. Seguir-se-á o tratamento das lesões físicas e o apoio emocional e deve ser avaliada a necessidade de referenciar para o serviço de urgência. Deve ser preenchido o **Formulário de Denúncia do Crime** para o Ministério Público e sinalizado o EPVA. Caso necessário, contactar a Linha de Emergência Social, 144.

A avaliação do seguimento deve ocorrer em todas estas situações. Deve-se ressaltar a dificuldade da abordagem da violência contra a pessoa idosa devido à presença da ambivalência, isto é, em geral existe uma relação de confiança entre a vítima e o agressor.

Se a pessoa idosa foi vítima de violência sexual ou é uma situação aguda, deve ser avaliada a necessidade de cuidados urgentes em serviço de urgência. Algumas recomendações são dadas à vítima em relação aos **comportamentos a evitar** até o exame pericial:

- _ Comer, beber ou fumar ;
- _ Urinar ou defecar (se não for possível evitá-lo, recolher espécimes em recipientes adequados) ;
- _ Lavar o corpo (incluindo mãos, boca, órgãos genitais) ;
- _ Limpar/cortar as unhas ;
- _ Mudar ou deitar fora roupa ou objetos de higiene íntima usados aquando da agressão ;
- _ Pentear-se ou escovar-se ;
- _ Alterar o espaço físico onde ocorreu o abuso.

7. Apoio ao Cuidador

À medida que a população envelhece, a proporção de pessoas idosas dependentes aumenta. Neste contexto, a figura do cuidador surge como uma peça central no suporte físico, emocional e social da pessoa idosa.

A estreita relação cuidador-pessoa idosa forma um binómio interdependente, que pode levar a um desgaste físico e psicológico do cuidador, podendo comprometer tanto a sua saúde quanto a qualidade do cuidado oferecido. O olhar para quem cuida é essencial tanto para preservar a saúde do cuidador, como também para assegurar um cuidado adequado à pessoa idosa dependente. Proporcionar suporte, seja ele emocional, formativo ou social, é essencial para fortalecer esse vínculo e promover o bem-estar de todos os envolvidos no processo de cuidado.

O Estatuto do Cuidador Informal foi aprovado pela Lei n.º 100/2019 e é um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada e estabelece as respetivas medidas de apoio.

As intervenções indicadas no apoio ao cuidador são as seguintes:

- _ Questionar sobre principais dificuldades no cuidado à pessoa dependente;
- _ Rastrear a sobrecarga do cuidador através da aplicação da Escala de Zarit;
- _ Instruir os cuidadores informais sobre a possibilidade de requerimento do Estatuto do Cuidador Informal, consoante os critérios de elegibilidade;



- _ Informar sobre o apoio social para Descanso do Cuidador, possibilitando um período de cuidados temporários à pessoa dependente/cuidada através da articulação com a RNCCI ou ERPIs. A assistência temporária pode ajudar a manter a relação de cuidado saudável e sustentável;
- _ Divulgar grupos de apoio a cuidadores, treinos e formação;
- _ Avaliar regularmente o humor do cuidador;
- _ Assegurar que o cuidador tenha assistência à saúde;
- _ Avaliar questões de dificuldades financeiras e condições de habitabilidade;
- _ Ensinar medidas não farmacológicas de controlo do stress, ex. psicoeducação, mindfulness;
- _ Avaliar a necessidade de psicoterapia;
- _ Articular com ECL/ECSCP/Assistente social/fisioterapeuta/outros;
- _ Considerar a necessidade de auxílio de um cuidador formal, serviço de apoio domiciliário, centro de dia, centro de noite ou mesmo institucionalização;
- _ Rastrear sinais de violência contra a pessoa idosa;
- _ Considerar a realização de uma conferência familiar;
- _ Estabelecer o Plano de Cuidados.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance on person-centered assessment and pathways in primary care. 2019. World Health Organization. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documents/integrated-care-older-people-icope-guidance-person-centered-assessment-and-pathways>
2. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida: Registo Clínico de Violência em Adultos – Guia Prático. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/registo-clinico-de-violencia-em-adultos-guia-pratico-pdf.aspx>
3. Sampaio MEB. A violência contra a pessoa idosa: Protocolos com o Ministério Público. Disponível em: https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2022/06/violencia_protocolos.pdf
4. Direção-Geral da Saúde. Orientação n.º 001/2022 de 09/02/2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012022-de-09022022-pdf.aspx>
5. Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da APMGF. Avaliação do Idoso: Um Guia Prático para a Consulta de Medicina Geral e Familiar. 2023.



Medicação

O plano terapêutico do idoso, na área da farmacologia, deve conter a seguinte informação (figura 3):

1. Identificar todos os medicamentos, suplementos e produtos de ervanária/venda livre ;
2. Verificar adequação da formulação (por exemplo em situações de disfagia, técnica inalatória...);
3. Definir posologia (preferir esquemas simplificados, adequados à rotina do idoso/cuidador...);
4. Identificar problema de saúde que justifica a toma de cada fármaco (permite identificar fármacos cujas indicações não persistem, refletir sobre se existe evidência científica que sustente a prescrição, ponderar ganhos terapêuticos considerando esperança média de vida e funcionalidade...);
5. Identificar data de prescrição e médico prescritor ;
6. Identificar data prevista de suspensão ;
7. Identificar possíveis interações farmacológicas e alimentares ;
8. Registrar efeitos secundários ;
9. Identificar necessidade de ajuste/suspensão de acordo com função renal e hepática ;
10. Registrar responsável pela gestão da medicação (próprio, familiar, cuidador...);
11. Registrar dificuldade económicas na aquisição dos medicamentos ;
12. Registrar características do idoso que podem comprometer o cumprimento do plano terapêutico: dificuldades de audição, dificuldades de visão, alterações cognitivas, dificuldades de comunicação, alterações motoras que dificultem manuseamento de frascos e/ou inaladores, bem como a aquisição dos medicamentos, disfagia, uso de sonda nasogástrica ou gastrostomia percutânea endoscópica (PEG).



Plano Gestão Medicação para Idosos

Identificação

Nome

Data de nascimento

Número de utente

Medicamentos

Nome	Dose	Formulação	Posologia	Indicação	Data de início	Data de suspensão/ revisão	Médico prescritor

Suplementos/produtos de ervanária e/ou venda livre:

Responsável pela administração da medicação:

O próprio

Familiar

Cuidador informal

Capacidade para tomar medicamentos:

Problemas de audição – Sim/Não

Problemas de visão – Sim/Não

Problemas cognitivos – Sim/Não

Comunicação em língua estrangeira – Sim/Não

Problemas que afetam manuseio de dispositivos/administração de medicamentos – Sim/Não

Condições de deglutição:

Esmagamento necessário – Sim/não

Uso de sonda naso-gástrica – Sim/Não

Uso de PEG – Sim/Não

Identificação de potenciais problemas

Polimedicação:

Múltiplos prescritores:

Efeitos adversos devido:

- efeitos secundários conhecidos
- interações farmacológicas
- medicamentos potencialmente inapropriados

Monitorização regular devido:

- função renal
- função hepática
- efeitos anticolinérgicos
- risco de quedas

Problemas sociais:

- Financeiros
- Familiares

Medicamentos a ponderar descontinuar:

62 **Figura 3** - Exemplo de um plano de gestão de medicação para idosos

Regras de prescrição no idoso

1. Introduzir fármacos se: indicação, evidência científica, benefício terapêutico considerando a fragilidade/ esperança média de vida do idoso
2. Introduzir um fármaco de cada vez
3. Introduzir dose baixa e ir subindo progressivamente até dose terapêutica
4. Formulação adequada às condições do idoso
5. Posologia simplificada para aumentar a adesão e diminuir erros
6. Considerar possíveis interações farmacológicas, com alimentos e com doenças
7. Evitar cascatas de prescrição (prescrever um medicamento para um efeito secundário de outro medicamento)
8. Considerar a capacidade financeira do idoso
9. Cumprir regras da reconciliação terapêutica
10. Rever frequentemente adesão à terapêutica e identificar dificuldades

Tabela 7 - Conselhos úteis para a gestão da medicação

Memória	Dificuldade de memória	Caixas organizadoras de medicação Alarmes
Visão	Dificuldade em ler	Indicações em letras grandes, usar símbolos como “sol” e “lua”
Audição	Dificuldade de audição	Reforçar indicações por escrito
Motricidade	Dificuldade em abrir frascos, cortar medicamentos ou usar inaladores	Optar por dosagens que não necessitem de manipulação Apoio de cuidadores para gotas oftalmológicas, uso de inaladores, injeções
Deglutição	Dificuldade em engolir comprimidos/cápsulas	Optar por outras formulações (xaropes, transdérmicos, supositórios...) Verificar se é possível triturar o fármaco

Tabela 8 - Fármacos que aumentam risco de quedas

Benzodiazepinas	Sedação, desequilíbrio e compromisso cognitivo
Antipsicóticos	Sedação, dispraxia durante a marcha, parkinsonismo
Antidepressivos tricíclicos	Sedação e hipotensão ortostática
Antiepiléticos	Tonturas, sonolência, visão turva
Opióides	Tonturas, sonolência, confusão mental
Antihistamínicos 1ª geração	Sonolência
Antimuscarínicos (incontinência urinária)	Visão turva, confusão mental
Antihipertensores	Hipotensão ortostática
Bloqueadores alfa (HBP)	Hipotensão ortostática
Sulfonilureias, insulina	Hipoglicémia, com consequente confusão e tonturas

Mais informações no capítulo *Marcha e Funcionalidade*

Tabela 9 - Ajuste de fármacos de acordo com a Taxa de Filtração Glomerular (TFG)

Digoxina	Dose a longo prazo superior a 125µg/dia e TFG <30 (risco de toxicidade)
Espironolactona, eplerenona	TFG <30 (risco de hipercaliémia)
Dabigatrano	TFG <30 evitar (risco hemorragia) TFG >30 poderá necessitar de ajuste de dose se possibilidade de interações farmacológicas



Medicação

Edoxabano, rivaroxabano	TFG 15-50, reduzir dose TFG<15 evitar (risco hemorragia)
Apixabano	TFG<15 evitar (risco hemorragia)
Metformina	TFG<30 (risco acidose láctica)
Dapaglifozina	Sem necessidade de ajuste posológico Se TFG<25 não iniciar
Empaglifozina	DM2: CI se TFG < 30 IC: CI se TFG < 20
Canaglifozina	TFG 30-60: 100mg/dia TFG<30: não iniciar; manter se já esteja a tomar
Ertuglifozina	TFG<45: não iniciar; TFG<30: Suspende
Liraglutido	Sem necessidade de ajuste posológico (não recomendado no caso de DRC terminal)
Dulaglutido	Sem necessidade de ajuste posológico (não recomendado no caso de DRC terminal)
Semaglutido	Sem necessidade de ajuste posológico (não recomendado no caso de DRC terminal)
Exenatido	TFG <30: não recomendado
Atorvastatina	Sem necessidade de ajuste posológico
Rosuvastatina	TFG<60: iniciar com 5mg/dia; CI dose 40mg/dia TFG<30: evitar
Ezetimibe	Sem necessidade de ajuste posológico
Fenofibrato	TFG 30-60: não exceder os 100mg standard ou 67mg microni- zado por dia TFG<30: evitar
Amoxicilina	TFG 10-30: máx. 1000mg/dia; TFG<10: máx. 500 mg/dia
Amoxicilina/Ác. clavulânico	TFG 10-30: 500/125 mg bid; TFG<10: 500/125 mg id
Cefuroxima	TFG 10-29: 500mg 24/24h TFG<10: 500mg 48/48h
Azitromicina	TFG<30: vigilância (poucos estudos)
Doxiciclina	Sem necessidade de ajuste posológico
Ciprofloxacina	TFG<30, reduzir dose (risco de convulsão, confusão e rotura de tendão)
Levofloxacina	TFG 20-50: iniciar 250–500mg e depois reduzir 50% TFG 10-19: iniciar 250–500mg e depois reduzir para 125mg/12– 48 h TFG<10: iniciar 250–500mg e depois reduzir para 125mg/24–48h
Fosfomicina	TFG <10 evitar
Nitrofurantoina	TFG<30, evitar (risco de toxicidade pulmonar, hepática e neuro- patia periférica)
Trimetoprim+ Sulfametoxazol	TFG 15-29 reduzir dose TFG<15 evitar (risco de agravamento da função renal e hipercaliémia)
Bifosfonatos	TFG<30 (risco insuficiência renal aguda)
Metotrexato	TFG<30 (risco toxicidade)

AINE	TFG<50 (risco hemorragia) TFG<30, evitar (risco de agravamento função renal)
Colchicina	TFG<30 reduzir dose TFG<10 (risco toxicidade GI, renal e medula óssea)
Gabapentina, pregabalina	TFG<60 reduzir dose
Tramadol	TFG<30 Liberação imediata reduzir dose TFG<30 Liberação prolongada evitar
Tapentadol	TFG<30: evitar

Tabela 10 - Fármacos com efeitos anticolinérgicos

Uso de 2 ou mais:

Antimuscarínicos (incontinência urinária)
Antiespasmódicos intestinais
Antidepressivos tricíclicos
Antihistamínicos de 1ª geração
Antipsicóticos

Efeitos anticolinérgicos:

Boca seca
Visão turva
Obstipação
Retenção urinária
Taquicardia
Confusão mental e desorientação
Sonolência e sedação

Estratégias:

- Avaliar regularmente a lista de medicamentos dos idosos para identificar e, se possível, substituir fármacos com elevada carga anticolinérgica por alternativas com menos efeitos adversos.
- Utilizar a menor dose eficaz do medicamento para reduzir o impacto dos efeitos secundários.
- Incentivar a ingestão adequada de líquidos para combater a boca seca e ajudar na função renal. Para a obstipação, considerar o uso de laxantes e aumentar a ingestão de fibras. Promover a atividade física para ajudar a melhorar a motilidade intestinal e a função cognitiva.
- Informar o idoso e familiares sobre os potenciais efeitos secundários e como geri-los de forma a identificar problemas precocemente.

Tabela 11 - Interações medicamentosas frequentes

Corticoide+AINE+ISRS	Risco de hemorragia
IECA/ARA+Diurético+AINE	Risco de insuficiência renal aguda
Beta-bloqueante+AINE+ opióide+benzodiazepina	Risco de insuficiência respiratória
Opióides+ISRS	Risco de síndrome serotoninérgica



“Sick Days”

“Sick days” é um termo utilizado para descrever os dias em que uma pessoa está doente com uma condição aguda, como uma infecção. Os idosos possuem várias patologias crônicas e estão frequentemente polimedicados, existindo um risco aumentado de complicações associadas à toma de medicamentos nos “sick days”.

Deve ser definido um plano para estes dias que incluem cuidados tais como:

1. **Hidratação:** A desidratação é comum durante doenças agudas, especialmente se houver febre, vômitos ou diarreia. A desidratação pode afetar a forma como os medicamentos são absorvidos e metabolizados.
2. **Monitorização da Glicemia:** Para idosos com diabetes, a doença aguda pode afetar os níveis de glicose no sangue. Pode ser necessário ajustar a medicação antidiabética e monitorizar a glicemia com mais frequência.
3. **Ajuste de Medicamentos:** Alguns medicamentos, como diuréticos, inibidores da ECA, bloqueadores dos receptores da angiotensina, metformina e anti-inflamatórios não esteroides, podem precisar de ser ajustados ou temporariamente interrompidos durante os “sick days” devido ao risco de desidratação e insuficiência renal.
4. **Monitorização de Sintomas:** Alertar o idoso/cuidador para sinais de complicações, tais como alterações do estado de consciência, dispneia, fadiga extrema, anúria/oligúria, que devem motivar o recurso a cuidados de saúde.

Regras de desprescrição no idoso

1. Identificar todos os medicamentos, produtos de erva e suplementos;
2. Identificar os doentes com alto risco de eventos adversos de fármacos, de acordo com:
 - _ Número e tipo de fármacos;
 - _ Características do doente (história de efeitos adversos de fármacos, comorbilidades, fragilidade);
 - _ Prescritores múltiplos;
3. Definir e validar as indicações atuais para o tratamento em curso;
4. Identificar fármacos candidatos à interrupção:
 - _ fármacos sem indicação válida;
 - _ fármacos sem evidência científica;
 - _ fármacos cujo tempo para benefício excede a expectativa de vida (por exemplo estatinas e bifosfonatos);
 - _ fármacos com pouca probabilidade de benefício e/ou risco significativo de danos (critérios STOP, critérios Beers...);
5. Suspender um medicamento de cada vez;
6. Monitorização sintomas de recidiva ou de abstinência ;
7. Assegurar que o doente (e o cuidador) está confortável com o plano e possui os contactos e indicações necessárias.

Plano Descontinuação de Fármacos

Nome:

Data de nascimento:

Número de utente:

Fármaco:

Exemplo: Benzodiazepina (Diazepam)

Motivo para descontinuar:

Indicação inadequada
 Nenhuma indicação atual
 Presença ou risco de eventos adversos
 Interação medicamentosa
 Baixa adesão
 Preferência do doente

Exemplo: Descontinuar benzodiazepina (diazepam) prescrita por insónia, com administração concomitante com risperidona e tramadol e aumento do risco de quedas

Esquema de descontinuação:

Reduzir 25% da dose cada 2 semanas.
 Desmame mais lento (por exemplo, 12,5%) ao reduzir para a dose final.
 Terminar o tratamento 2 semanas após administrar a dose mais baixa.
 Considerar a dosagem em dias alternados para auxiliar no desmame se as formas de dosagem forem limitadas.

Exemplo:

*Semana 1/2: Diazepam 10mg/dia (2 comp de 5mg)
 Semana 3/4: Diazepam 7,5mg/dia (1+1/2 comp de 5mg)
 Semana 5/6: Diazepam 5mg/dia (1 comp de 5mg)
 Semana 7/8: Diazepam 5mg e 2,5mg/dia em dias alternados (1 e 1/2 comp de 5mg)
 Semana 9/10: Diazepam 2,5mg/dia (1/2 comp de 5mg)
 Semana 11/12: Diazepam 2,5mg em dias alternados
 Suspende*

Sintomas de privação/recidiva:

Exemplo:

*Ligeiros: irritabilidade, ansiedade, insónia, sudorese
 Severos: disforia, pesadelos, alterações da memória, alucinações, hipertensão, taquicardia, psicose, tremores, convulsões, sudorese marcada e persistente, ansiedade grave, insónia grave*

Conselhos úteis:

Exemplo:

*Medidas de higiene do sono:
 -Ir para a cama apenas quando tiver sono
 -Não usar a cama para outras atividades (apenas dormir e intimidade)
 -Se não adormecer nos primeiros 30 minutos sair da cama
 -Acordar sempre à mesma hora
 -Não fazer sestas
 -Evitar substâncias com cafeína após o almoço
 -Evitar consumo de tabaco, álcool, refeições abundantes e exercício físico 2h antes de deitar*

Contacto profissional:

Figura 4 - Exemplo de um plano de descontinuação de fármacos



Mais informações:

1. American Geriatrics Society Beers Criteria
2. Screening Tool for Older Person's Prescriptions (STOPP/START Screening Tool)
3. Deprescribing.org (<https://deprescribing.org/>)
4. Anticholinergic Burden Calculator (<https://www.acbcalc.com/>)
5. Medstopper (<https://medstopper.com/>)

Referências Bibliográficas

1. O'Mahony, D., Cherubini, A., Guiteras, A.R. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med* 14, 625–632 (2023). <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00777-y>
2. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria. Update Expert Panel. American Geriatric Society 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023; 71 (7):2052-2081. doi 10.1111/jgs.18372
3. Rochon P (2024, April 1). Drug prescribing for older adults. UpToDate. Retrieved December 7, 2024, from https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults?search=tapering&topicRef=122694&source=related_link
4. Ferreira C., Leite C., Macedo M. J., Reis M., Ribeiro R., Ferreira M., Almeida T. (2023). Tabela de ajuste farmacológico na insuficiência renal. MGFamiliar. Acesso 7 Dezembro 2024. Disponível em <https://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/ferramenta-de-apoio-a-pratica-clinica-tabela-de-ajuste-farmacologico-na-insuficiencia-renal>
4. Steinman M. & Reeve E. (2024, November 6). Deprescribing. UpToDate. Retrieved December 7, 2024, from https://www.uptodate.com/contents/deprescribing?search=deprescribing&source=search_result&electedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
6. Romero, I., Braga, B., Rodrigues, J., Rodrigues, R., & Galriça Neto, I. (2018). “Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. *Medicina Interna*, 25(1), 48–57. <https://doi.org/10.24950/rspmi/Revisao/139/1/2018>
7. Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B. Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists. *Can Fam Physician* 2018;64:339-51 (Eng), e209-24 (Fr)
8. Reeve E, Farrell B, Thompson W, et al Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine. 2018. ISBN-13: 978-0-6482658-0-1 Available from: <http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/resources/deprescribing-guidelines.php>.
9. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2018;64:17-27 (Eng), e1-e12 (Fr).
10. Farrell B, Black C, Thompson W, McCarthy L, Rojas-Fernandez C, Lochnan H, et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons. Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2017;63:832-43 (Eng), e452-65 (Fr).
11. Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid J, Rojas-Fernandez C, Walsh K, Welch V, Moayyedi P. (2015). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing proton pump inhibitors. *Can Fam Physician* 2017;63:354-64 (Eng), e253-65 (Fr).

Espiritualidade e Diretivas Antecipadas de Vontade

Espiritualidade

Quando abordar a Espiritualidade?

Os médicos devem considerar a realização de uma avaliação espiritual perante doentes hospitalizados, em contexto de cuidados paliativos ou com uma doença em estadio crítico.

Uma avaliação espiritual pode ser útil quando um doente sofre uma mudança significativa no seu estado clínico, como uma rápida descompensação.

Adicionalmente, a avaliação da Espiritualidade pode ser utilizada para introduzir a discussão sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) e aumentar o número de pacientes que fazem o seu registo no RENTEV.

Como avaliar a Espiritualidade?

Podemos introduzir o tema com a mnemónica “Open Invite”:

– **“Open”** - Abrir a porta para conversar sobre o tema: “Tem alguma preferência espiritual ou de fé?”;

– **“Invite”** - Convidar a falar sobre as suas necessidades espirituais: “A sua espiritualidade tem impacto nas decisões de saúde que toma?”

O **acrónimo HOPE** é, também, um instrumento que pode ser utilizado para avaliar a espiritualidade (consultar Avaliação do Idoso - Guia prático para a consulta de Medicina Geral e Familiar). Esta ferramenta, ao não utilizar intencionalmente termos como fé, espiritualidade ou religião nas suas perguntas, minimiza as barreiras baseadas na percepção da linguagem.

O **acrónimo FICA** é uma outra ferramenta de avaliação espiritual que permite colher a história espiritual do utente:

F – Fé, Crença e Significado: Determinar se o paciente se identifica ou não um determinado sistema de crenças ou espiritualidade. Exemplos:

– “A espiritualidade é algo importante para si?”

– “O que dá significado à sua vida?”

I – Importância/ Influência: Compreender a importância da espiritualidade na vida do utente e a influência que esta pode ter nas decisões que o utente toma sobre os seus cuidados de saúde. Exemplo:

- “A sua espiritualidade (ou fonte de significado) influencia a forma como cuida de si, particularmente no que diz respeito à sua saúde?”



C – Comunidade: Descobrir se o paciente faz parte de uma comunidade religiosa ou espiritual e o eventual apoio que recebe desta. Exemplos:

- _ “Há algum grupo de pessoas/comunidade de quem goste e que seja muito importante para si?”
- _ “A sua comunidade apoia-o? de que maneira?”

A – Avaliação e Plano: Discutir e coordenar questões de saúde espiritual no que respeita aos cuidados médicos e decisões de fim de vida. Exemplo:

- Encorajar conexão com comunidade espiritual;
- Recomendar aulas de meditação, ioga, ou outro tipo de recurso espiritual.

Como incorporar as necessidades espirituais no Plano de Cuidados?

Não existe consenso sobre a melhor maneira de integrar a avaliação espiritual no plano de cuidados do utente idoso. A importância da avaliação espiritual é compreender como ou se a espiritualidade de um utente afecta os seus cuidados de saúde ou a forma como estes devem ser prestados.

Algo básico, mas importante que um médico pode e deve fazer é ouvir com compaixão. Ao escutar, demonstramos a nossa preocupação e reconhecemos esta dimensão nas suas vidas. Esta escuta ativa pode ser todo o apoio de que um doente precisa.

A avaliação espiritual também permite que os pacientes identifiquem crenças, práticas e recursos espirituais que possam ter um impacto positivo na sua saúde. São exemplos de perguntas úteis: “Tem práticas espirituais, como rezar, meditar, ouvir música ou ler textos sagrados, que considera úteis ou reconfortantes?” e “Faz parte de alguma comunidade religiosa?”.

O médico deve estar recetivo às múltiplas vivências da espiritualidade e crenças que os seus utentes podem apresentar.

Referências Bibliográficas

1. Puchalski CM, Ferrell B, Otis-Green S, Handzo G. Overview of spirituality in palliative care [Internet]. In: Connor RF, editor. UpToDate. Waltham (MA): Wolters Kluwer; [citado 24 fev 2025]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-spirituality-in-palliative-care>;
2. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*. 2001 Jan 1;63(1):81-9. PMID: 11195773;
3. Ward KT, Reuben DB. Comprehensive geriatric assessment [Internet]. In: Connor RF, editor. UpToDate. Waltham (MA): Wolters Kluwer; [citado 2025 Fev 24]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>;
4. Kuckel DP, Jones AL, Smith DK. The Spiritual Assessment. *Am Fam Physician*. 2022 Oct;106(4):415-419. PMID: 36260898.

Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)

O que é uma Diretiva Antecipada de Vontade?

Uma Diretiva Antecipada de Vontade, nomeadamente sob a forma de Testamento Vital, é um documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não deseja receber.

A pessoa pode, ainda, nomear um procurador de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber ou não.

Este documento entra em vigor apenas quando a pessoa, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

Em que consiste uma DAV?

A DAV pode ser registada com:

- Apenas a nomeação do procurador de cuidados de saúde;
- Apenas o manifesto dos cuidados de saúde que pretende ou não receber;
- Cuidados de saúde e nomeação de procurador de cuidados de saúde

Quem pode fazer?

- Cidadãos nacionais, estrangeiros e refugiados (apátridas), residentes em Portugal;
- Maiores de idade;
- Ausência de interdição ou inabilidade por anomalia psíquica.

Como fazer?

O utente pode descarregar o modelo do formulário na sua **área pessoal do portal do SNS24** e, após o seu preenchimento, entregar num balcão RENTEV, idealmente da sua área de residência.

Nos casos em que a sua assinatura já foi reconhecida pelo notário, o documento pode ser enviado por correio registado para um balcão RENTEV.

Quais os documentos necessários?

- Modelo do formulário preenchido;
- Número de utente do SNS.

O que pode constar no documento da DAV:

1. Nomeação de um **Procurador de Cuidados de Saúde**;
2. **Situação Clínica em que a DAV produz efeitos**, nomeadamente em situações em que o outorgante se encontra incapaz para expressar a sua vontade autonomamente, em consequência do seu estado de saúde física e/ou mental;
3. **Cuidados de Saúde a receber/não receber** caso o anterior se verifique:
 - a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;
 - b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico, e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte



básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;

- c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;
- d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;
- e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos;
- f) Não autorizar administração de sangue ou derivados;
- g) Receber assistência religiosa quando se decide interromper meios artificiais de vida.

Limites das diretivas antecipadas de vontade

São juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito, as diretivas antecipadas de vontade:

- a) Que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas;
- b) cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável;
- c) em que o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade.

Prazo

- _ O documento é eficaz por um prazo de 5 anos;
- _ O prazo é sucessivamente renovável mediante declaração de confirmação;
- _ O documento é revogável ou modificável em qualquer momento pelo seu autor.

O profissional de saúde pode, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, verificar se o utente possui uma DAV através do RSE / Área do Profissional.

Referências Bibliográficas

1. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) [Internet]. Versão 0.4.12. Lisboa: SPMS; [citado 2025 Fev 24]. Disponível em: https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/06/Rentev_form_v0.4.12.pdf
2. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). Balcões RENTEV [Internet]. Lisboa: SPMS; [citado 2025 Fev 24]. Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt/balcoes-rentev/>

Vacinação

	Tipo de Vacina	População a administrar	Esquema vacinal	Custo
Reforço da vacina anti-Tetânica (Causada pela bactéria Clostridium tetani)	Td	Toda a população	Vacinação aos 10, 25, 45, 65 anos e >65 anos (10/10 anos)	Gratuita
Vacina contra infecção por Streptococcus pneumoniae *	<p>Vacina pneumocócica polissacárida de 23 serotipos (Pneumovax 23®)</p> <p>Vacina pneumocócica conjugada de 13 serotipos (Prevenar 13®)</p> <p>Vacina pneumocócica conjugada de 20 serótipos (Prevenar 20®)</p>	Toda a população com ≥65 anos, idade pediátrica e adultos pertencentes a grupos de risco	<p>≥65 anos sem vacinação anti-pneumocócica prévia: Pn 20 e após 6-12 meses administrar Pn23</p> <p>Previamente Pn23 - administrar Pn20</p> <p>Previamente Pn13, Pn15 ou Pn20 - administrar Pn23</p> <p>Previamente esquema completo (Pn13+Pn23) - consideram-se vacinados, exceto se imunocomprometidos em que se recomenda administrar Pn20</p>	Idade igual ou superior a 65 anos têm regime especial de participação



Herpes Zoster**	Vacina recombinante (Shingrix®)	Toda a população com ≥50 anos e risco elevado de zona dos 18-49 anos	2 doses, com intervalo de 2 a 6 meses	Não comparticipada
Reforço sazonal contra a COVID-19 (SARS-Cov2) ***	Vacina de mRNA adaptada (Comirnaty Omicron ®)	Toda a população ≥60 anos e restantes grupos descritos no Quadro II, Norma 008/2024 da DGS	Reforço de dose única àqueles que têm: -Esquema vacinal primário com qualquer uma das vacinas contra a COVID-19 -Independentemente do número de reforços realizados ou de história prévia de infeção por SARS-CoV-2 Intervalo recomendado entre a dose de reforço sazonal e o evento mais recente (última dose vacinal ou infeção covid)	Gratuita
Reforço sazonal contra a Gripe ****	Influvac Tetra®; Fluarix Tetra®; Vaxigrip Tetra®; Efluelda®	Toda a população ≥60 anos e restantes grupos descritos no Quadro I, Norma 007/2024 da DGS	De preferência até ao fim do ano civil Efluelda® - preferencialmente ≥85 anos	Gratuita para os grupos descritos no Quadro III, Norma 007/2024 da DGS
Vírus sincicial respiratório #	Arexvy® Abrysvo®	Toda a população ≥75 anos e grupos de risco dos 60-74 anos	Dose única	Não comparticipada



*Norma 013/2024, disponível no site da DGS em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0132024-de-19122024-Atualizacao-da-estrategia-de-vacinacao-pneumococica-programa-nacional-de-vacinacao-e-grupos-de-risco.aspx>

** Recomendações para a Vacinação contra o Herpes Zoster: Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, disponível em <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/1886/1788>

NOTA: A vacina Zostavax pode ser recomendada em situações pontuais como indisponibilidade da vacina recombinante, hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes da vacina recombinante. Está contra-indicada em adultos imunocomprometidos.

***NOC nº8/2024, disponível no site da DGS em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-082024-de-05092024-atualizada-a-06092024-estrategia-de-vacinacao-contra-a-covid-19-pdf.aspx>

****NOC nº7/2024, disponível no site da DGS em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-072024-de-04092024-campanha-de-vacinacao-sazonal-contra-a-gripe-outono-inverno-2024-2025-pdf.aspx>

RSV Vaccine Guidance for Older Adults, disponível no site do CDC em <https://www.cdc.gov/rsv/hcp/vaccine-clinical-guidance/older-adults.html>





ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

GESI

Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da APMGF