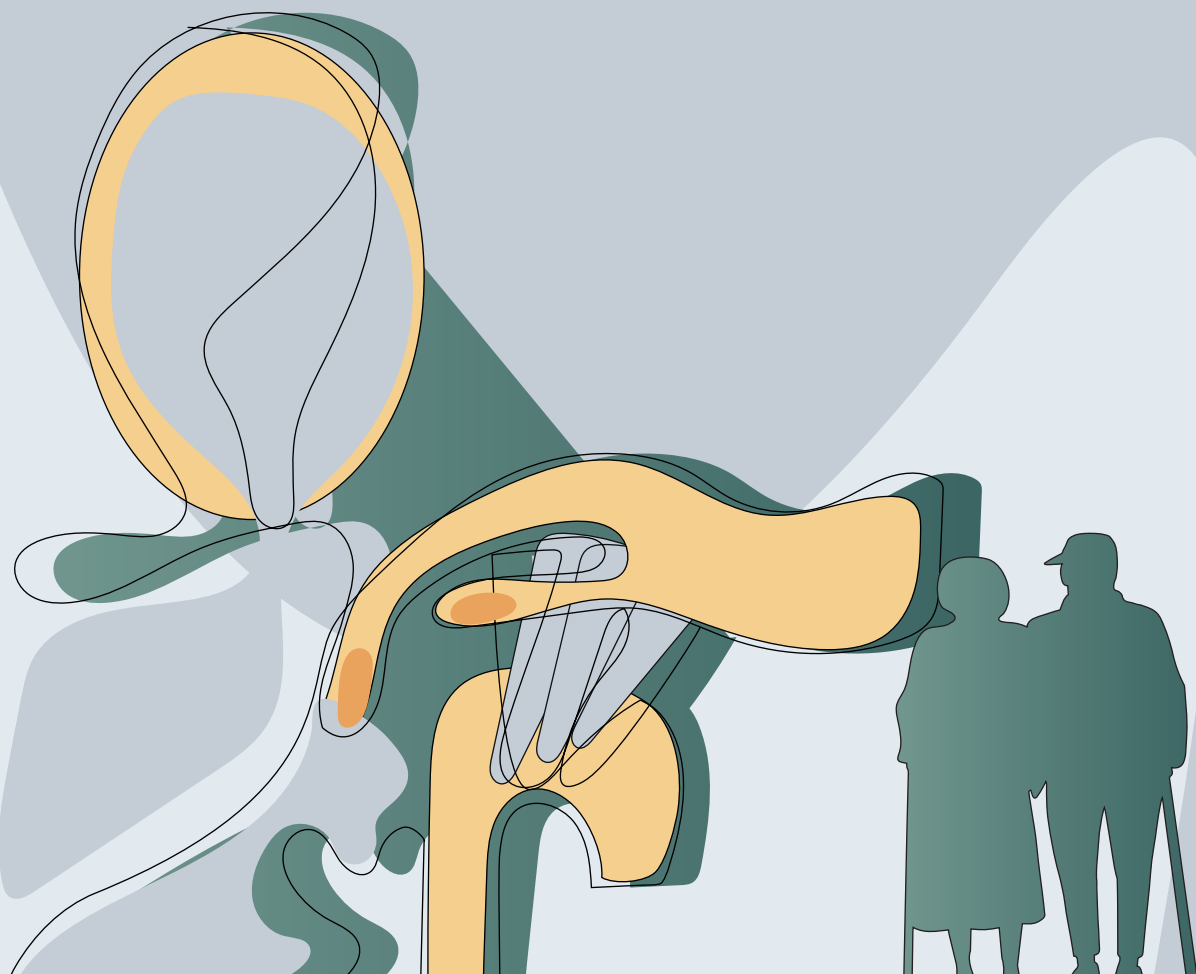


Avaliação do Idoso



Guia prático para a Consulta
de Medicina Geral e Familiar

GESI

Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da APMGF

Cordenação e participantes da 1ª Edição

Coordenação do Projeto

Ana Viegas
Margarida Dias

Equipa de Revisores

Diana Duarte
Margarida Dias
Miguel Ferreira
Rui Buzaco

Participantes

Ana Rita Gonçalves
Ana Sofia Costa
Ana Viegas
Ana Vieira
Anabela Andrade
Andreia Eiras
Adriana Coelho
Bárbara Martins
Bruna Guimarães
Carolina Andrade
Catarina Fortunato
David Magalhães
Diogo China Pereira
Elvira Teles Sampaio
Fábio Nunes
Filipa Vale
Inês Esteves
Joana Gonçalves
Luís Monteiro
Margarida Dias
Margarida Ferreira
Maria Teresa Couto
Rita Lopes da Silva
Rita Nicolls
Sandra Ribeiro
Sara Almeida
Tânia Coelho

Cordenação e participantes da 2ª Edição

Coordenação

Joana Gonçalves

Revisores

Ana Veríssimo
Ana Viegas
Anabela Andrade
Andreia Eiras
Ângela Pinto
Catarina M. Silva
Diana Costa
Joana Gonçalves
Maria Teresa Couto
Mariana P. Pinto



Índice

Introdução ao Guia de Avaliação do Idoso

1. Quem beneficia da avaliação do idoso na consulta de Medicina Geral e Familiar?	5
2. Avaliação Física	5
2.1 Avaliação da Visão	5
2.2 Avaliação da Audição	7
2.3 Nutrição e Avaliação Nutricional	8
2.4 Saúde Oral	12
2.5 Incontinência	13
2.6 Avaliação da Sexualidade	15
3. Avaliação da Funcionalidade e Marcha	16
3.1 Funcionalidade	16
3.2 Marcha	20
4. Avaliação Psicológica	22
4.1 Avaliação da Função Cognitiva	22
4.2 Avaliação do Humor	26
4.3 Avaliação do Sono	29
4.4 Avaliação dos Hábitos Tabágicos, Alcoólicos e Outros	30
5. Avaliação Socioeconómica	31
5.1 Contexto Familiar	31
5.2 Condições de Habitação	31
5.3 Violência e Maus-tratos	32
5.4 Contexto Económico, Financeiro e Social	35
5.5 Cuidadores	38
6. Avaliação da Prescrição no Idoso	39
6.1 Avaliação da Necessidade de Reconciliação Terapêutica	40
6.2 Avaliação da Necessidade de Desprescrição	41
6.3 Avaliação de Interações Farmacológicas	45
7. Avaliação das Preferências do Idoso e Espiritualidade	45
7.1 Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV)	45
7.2 Espiritualidade	47
Bibliografia	48

Introdução ao Guia de pessoa idosa

As necessidades de saúde alteram-se com o envelhecimento e são cada vez mais complexas. Para facilitar a abordagem a esta problemática, o Grupo de Estudos de Saúde do Idoso criou um **Guia Prático da Avaliação do Idoso na Consulta de Medicina Geral e Familiar**.

O Guia de Avaliação do Idoso (GAI) aborda as dimensões mais relevantes da saúde desta população, incluindo a avaliação física, da funcionalidade, psicológica, socioeconómica, da polimedicação e das preferências dos idosos, de forma a capacitar o médico para uma abordagem holística do estado de saúde da pessoa idosa.

O documento ajuda assim a identificar problemas de saúde que podem passar despercebidos como o risco de quedas, a incontinência, a desnutrição e problemas com a toma de medicação. Avalia competências e poderá identificar alterações cognitivas e do humor. Além disso, o GAI pode reconhecer fatores sociais/ambientais que afetam a saúde do idoso, como o isolamento social, condições de habitação precárias ou situações de violência.

A avaliação estruturada que aqui apresentamos não pretende ser de uso universal, nem concretizar-se numa só consulta ou implicar exaustivamente todas as suas vertentes, pode ser aplicado de forma faseada em várias consultas. O Médico de Família pode escolher quais os indivíduos que mais podem beneficiar e estruturar a abordagem que considere mais oportuna.

Em conclusão, pretende-se que este guia ajude os médicos de família a adotar uma abordagem sistematizada da avaliação do idoso (figura 1), com uma visão abrangente do estado de saúde da pessoa idosa, permitindo adaptar os planos de cuidados às suas necessidades e objetivos, bem como promover melhores resultados em saúde e qualidade de vida.



Figura 1 - Dinâmica da Avaliação Geriátrica Global (AGG)



1. Quem beneficia da avaliação do idoso na consulta de Medicina Geral e Familiar?

Apesar dos idosos muito saudáveis poderem beneficiar de uma avaliação geriátrica ampla para registo das suas capacidades, este modelo tem particular importância para aqueles que, por características específicas poderão ver a sua saúde otimizada:

- Múltiplos problemas de saúde e/ou necessidades médicas complexas;
- Risco de complicações de um problema crónico, como doenças cardíacas, diabetes ou neoplasia;
- Declínio da função física/cognitiva como dificuldades de mobilidade, equilíbrio, memória ou na tomada de decisões;
- Declínio funcional, como dificuldades nas atividades da vida diária (AVDs);
- Mudanças no sistema de apoio social;
- Síndromes geriátricas;
- Institucionalização, internamento, luto ou outra alteração recente do seu meio habitual;
- Idade igual ou superior a 75 anos;
- Consumo anormal de cuidados de saúde.

2. Avaliação Física

2.1 Avaliação da Visão

Introdução

O envelhecimento fisiológico está associado a diversas alterações que podem contribuir para a diminuição da acuidade visual. Embora seja um processo natural, a perda de visão associa-se a um maior risco de quedas, fraturas, depressão, isolamento social e dependência. Algumas doenças mais frequentes na população idosa associam-se à perda da acuidade visual, nomeadamente, catarata, glaucoma, retinopatia diabética e degenerescência macular relacionada com a idade.

Exploração de Sintomas e Sinais

A tabela 1 identifica os principais fatores de risco e sintomas associados às doenças mais frequentes no envelhecimento.

Tabela 1 - Características das doenças oculares frequentes no envelhecimento

Doença	Características
Catarata	Fatores de risco: idade, sexo feminino, tabaco, álcool, diabetes mellitus (DM), iatrogenia (corticoides, amiodarona, sais de ouro, alopurinol, carbamazepina). Sintomas: diminuição quantitativa da visão, diminuição da sensibilidade ao contraste, encadeamento, miopização, diplopia monocular.
Glaucoma	Glaucoma primário de ângulo aberto: forma mais frequente em pessoas idosas, início >55 anos. Sintomas: perda progressiva do campo visual, se não tratado pode evoluir para perda total da visão. Importante a realização de meios complementares de diagnóstico em oftalmologia para diagnóstico e acompanhamento.

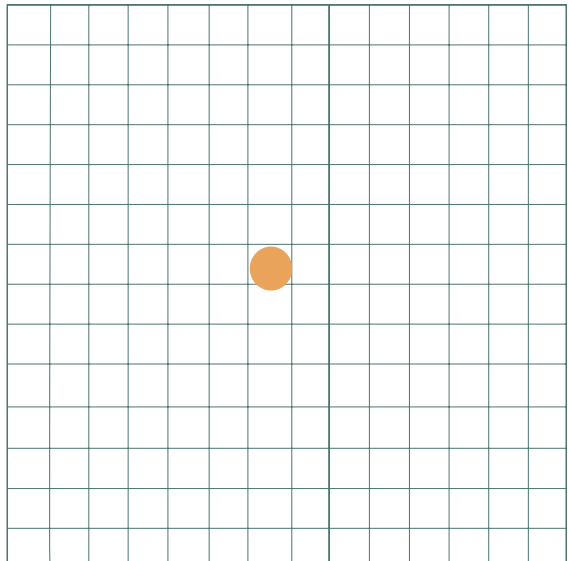
<p>Retinopatia Diabética (RD)</p>	<p>Complicação ocular mais grave da DM. Vigilância oftalmológica: - Sem lesões de RD: anual; - RD não proliferativa ligeira ou moderada sem edema macular: anual ou semestral.</p>
<p>Degenerescência Macular Relacionada com a idade (DMI)</p>	<p>Terceira causa de cegueira no mundo. Etiologia desconhecida. Fatores de risco: tabaco, hipertensão arterial (HTA), obesidade, dislipidemias, consumo de álcool. Forma atrófica: perda progressiva da visão central. Forma neovascular: perda acentuada da acuidade visual e progressão rápida. A progressão da doença pode ser avaliada com recurso ao teste de Amsler que deve ser realizado periodicamente nestes doentes.</p>

Ferramentas de Avaliação

Para uma avaliação eficaz da acuidade visual, é aconselhável o uso da tabela de Snellen, complementada por uma avaliação mais aprofundada nos casos de doentes que apresentem uma acuidade visual igual ou inferior a 6/12.

A figura 2 apresenta o teste de Amsler, um teste qualitativo, útil na deteção de defeitos visuais localizados nos 20 graus centrais do campo visual. O teste consiste numa grelha que deve ser estabilizada, aproximadamente, a 30 cm da face do utente. O teste é realizado monocular e o utente tem de fixar o ponto central e descrever como visualiza a grelha. A presença de escotomas, ou visão distorcida, sugere alterações na mácula ou nervo ótico.

Figura 2 - Teste de Amsler



2.2 Avaliação da Audição

Introdução

A surdez pode-se classificar em três categorias: de transmissão, de percepção ou uma combinação de ambas. A surdez de transmissão pode acontecer no idoso associada a colapso das cartilagens resultante do envelhecimento ou à formação de rolhões de cera oclusivos, associados às alterações cutâneas decorrentes do envelhecimento. A surdez de percepção resulta da diminuição da intensidade do estímulo elétrico que chega ao órgão sensitivo, que pode dever-se a artroses dos ossículos, disfunção da tuba auditiva ou a timpanoesclerose.

Exploração de Sintomas e Sinais

A alteração auditiva mais comum nos idosos é a presbiacusia ou surdez neurossensorial relacionada com a idade e caracteriza-se pela diminuição auditiva para frequências elevadas e dificuldade na discriminação oral, estando relacionada com alteração das estruturas cocleares do ouvido interno.

Na prática clínica, manifesta-se sobretudo por dificuldade na compreensão de conversas, especialmente em contexto grupal, necessidade de aumentar o volume da televisão ou do telefone e pedidos frequentes de repetição. Muitos doentes referem que “ouvem, mas não percebem”, refletindo a alteração da discriminação verbal mais do que uma simples redução da intensidade sonora. Esta limitação na comunicação compromete a interação social, favorece o isolamento e associa-se a maior risco de sintomatologia depressiva e declínio cognitivo. A perda auditiva não tratada é atualmente reconhecida como um fator de risco modificável para demência, reforçando a importância da sua identificação precoce e abordagem estruturada nos cuidados de saúde primários.

Ferramentas de Avaliação

A abordagem clínica da presbiacusia inicia-se com a exclusão e tratamento de causas potencialmente reversíveis, nomeadamente rolhão de cerúmen ou patologia inflamatória do ouvido externo ou médio, bem como com a revisão da medicação com potencial ototóxico. Para o diagnóstico diferencial das perdas auditivas associadas ao envelhecimento, é fundamental a realização de audiograma tonal limiar e vocal. No audiograma tonal é típica a perda auditiva nas frequências mais elevadas (2000–8000 Hz), enquanto no audiograma vocal se pode observar diminuição da discriminação da fala, geralmente mais preservada nas frequências mais baixas, sobretudo em fases iniciais.

A orientação da presbiacusia é centrada na melhoria da função comunicacional e na redução do impacto funcional, social e cognitivo da perda auditiva. O tratamento de eleição consiste na adaptação de prótese auditiva.

Devem ainda ser integradas estratégias de reabilitação auditiva e educação do doente e cuidadores, incluindo técnicas facilitadoras da comunicação — como redução do ruído de fundo, contacto visual direto e comunicação clara e pausada — bem como a utilização de dispositivos auxiliares, sempre com o objetivo de preservar a autonomia e a participação social.

2.3 Nutrição e Avaliação Nutricional

Introdução

Com o avançar da idade, há uma diminuição dos mecanismos de ingestão (mastigação/deglutição), digestão, absorção, metabolismo e excreção de substâncias, o que se traduz em necessidades nutricionais particulares. Nesta faixa etária, as necessidades energéticas/calóricas poderão eventualmente diminuir, no entanto, grande parte das necessidades em proteínas e micronutrientes (vitaminas e minerais) mantêm-se inalteradas ou podem mesmo aumentar.

O estudo realizado pelo Projeto Nutrition UP65, parte do Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável em Portugal, trouxe dados importantes sobre a saúde dos idosos. Verificou-se que 14,8% dos idosos estão em risco de desnutrição, enquanto 1,3% já estão efetivamente desnutridos. Além disso, 44,3% dos idosos têm excesso de peso e 38,6% são obesos, contrastando com apenas 0,2% que estão abaixo do peso ideal.

O estudo também revelou que 11,2% sofrem de sarcopenia, definida pela perda de massa e força musculares relacionadas com envelhecimento, e 1,2% estão em estado de pré-sarcopenia. No que diz respeito à fragilidade, 21,5% dos idosos são considerados frágeis e 54,3% estão em estado de pré-fragilidade, totalizando 75% dos idosos nesta categoria. Quanto à saúde óssea, 40% apresentam deficiência de vitamina D e 29% têm insuficiência dessa vitamina. Por fim, o estudo constatou que 16,3% dos idosos estão desidratados ou correm risco de desidratação. Além disso, 84,9% consomem sal além do limite recomendado de 5g por dia.



As tabelas 2 e 3 enumeram as consequências do défice de vitaminas e minerais nos idosos e quais as principais fontes alimentares.

Tabela 2 - Défice de vitaminas no envelhecimento e as suas consequências (tabela adaptada do Documento: "Alimentação no Ciclo de Vida - Alimentação na pessoa idosa", Coleção E-books APN | N.º 31, Outubro 2013, Associação Portuguesa dos Nutricionistas e Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia)

Vitaminas	Consequência	Principais Fontes Alimentares
Vitamina D*	Desmineralização e perda da massa óssea; papel fundamental na prevenção e no atraso da progressão da osteoporose e outras doenças como o cancro, as cardiovasculares, diabetes e fragilidade do sistema imunitário. *especialmente em pessoas idosas institucionalizadas e com menos exposição o solar	Óleo de fígado de bacalhau, peixes "gordos" (salmão, arenque, atum, sardinhas...), fígado, gema de ovo, leite e derivados ricos em gordura
Vitamina E	Aumento do risco de infeções e de doença coronária	Óleos de origem vegetal, frutos gordos (avelãs, nozes e amêndoas), cereais e derivados pouco refinados, hortícolas (folha verde-escura), gema de ovo, queijo
Vitamina K	Maior risco de hemorragias	Hortícolas (espinafres, brócolos, repolho, cenoura...), óleos vegetais, leguminosas, batata
Vitamina B6	Redução de linfócitos B	Pescado, carnes, fígado, frutos, cereais e derivados pouco refinados, leguminosas, frutos oleaginosos
Vitamina B12	Anemia megoblástica e distúrbios neurológicos, afetando a função sensorial e motora	Visceras, carnes, marisco, ovos, produtos lácteos (exceto manteiga)
Ácido Fólico	Anemia megoblástica, depressão, hiperhomocisteinemia	Hortícolas de folha verde-escura, fígado, frutos oleaginosos, leguminosas (feijão e ervilhas), gema de ovo, cereais e derivados pouco refinados

Tabela 3 - Défice de minerais no envelhecimento e as suas consequências (tabela adaptada do Documento: "Alimentação no Ciclo de Vida - Alimentação na pessoa idosa", Coleção E-books APN | N.º 31, Outubro 2013, Associação Portuguesa dos Nutricionistas e Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia)

Minerais	Consequência	Principais Fontes Alimentares
Cálcio	Desmineralização e perda da massa óssea, debilidade e dores articulares; papel fundamental na prevenção e no atraso da progressão da osteoporose e outras doenças como o cancro, as cardiovasculares, diabetes e fragilidade do sistema imunitário	Lacticínios, hortícolas de folha verde-escura, ovos, pescado, frutos oleaginosos
Fósforo	Alterações neurológicas, musculares, esqueléticas e hematológicas; debilidade e dores articulares	Leite e derivados, pescado, gema de ovo, frutos oleaginosos, leguminosas, cacau
Selénio	Enfraquecimento do sistema imunitário	Pescado (crustáceos), carne, gema de ovo, hortícolas, (cebola, tomate, brócolo...), cereais e derivados pouco refinados
Zinco	Alteração na cicatrização e função imunológica	Pescado (crustáceos e moluscos), carnes, gema de ovo, leite e derivados, fígado, leguminosas
Potássio	Arritmias, confusão mental	Fruta (banana, laranja...), batata, leguminosas, os oleaginosos, pescado, cacau
Ferro	Anemia	Carnes, vísceras, gema de ovo, pescado, leguminosas, frutos oleaginosos, hortícolas de folha verde-escura
Magnésio	Tremores, espasmos musculares, alterações de humor, anorexia, náuseas e vômitos	Cereais e derivados pouco refinados, leguminosas (feijão e grão-de-bico), castanha, frutos oleaginosos, fruta fresca (banana, figo)

Exploração de sintomas e sinais

É importante identificar alguns sinais de alerta que podem indicar o aumento do risco nutricional. Podem ser considerados como sinais de alerta os seguintes: perda de peso não intencional, diminuição da ingestão alimentar, perda de apetite ou desinteresse pela alimentação, idosos com dificuldades de mastigação, idosos com dificuldades em ir às compras e/ou cozinhar.

Ferramentas de Avaliação

A avaliação do estado nutricional pode ser feita em quatro níveis:

1. Avaliação clínica e funcional
2. Avaliação da ingestão alimentar: utilização do Método de Exploração Clínica Volume-Viscosidade (MECV-V), embora ainda não validado em língua portuguesa, permite detetar sinais de alteração da eficácia da deglutição e fornece informações sobre o volume e viscosidade mais adequados a cada paciente;



Avaliação da disfagia:

- monitorização da SpO₂ — enquanto deglute várias texturas, iniciando pelos líquidos, é relevante se esta diminui em $\geq 2\%$;
- avaliar alguma alteração da fala, pedir para dizer algo (pode ser o nome) após deglutir;
- perceber se há tosse após deglutição.

Recursos disponíveis em:

<https://www.nestlehealthscience.es/MECV-V>

https://www.nutricia.pt/wp-content/uploads/2021/07/cuidar_hidratar_disfagia.pdf

3. Avaliação antropométrica e da composição corporal: nos utentes acamados ou incapazes de seguir os procedimentos mencionados na NOC 017/2013 “Avaliação Antropométrica no Adulto”, a avaliação da estatura é realizada através da medida da semi-envergadura;

4. Avaliação bioquímica e imunológica:

Como identificar o risco nutricional? Aplicar questões curtas e simples relativas aos hábitos alimentares:

- Perdeu peso no último mês? Quanto? Involuntariamente?
- Quantas refeições diárias?
- Perdeu o apetite?
- O que não consegue comer?

Além do estado nutricional, é importante avaliar o estado de hidratação da pessoa idosa, uma vez que, com o envelhecimento, ocorre uma diminuição da percepção de sede e consequente ingestão hídrica insuficiente, e/ou um aumento das perdas de líquidos (ex.: diuréticos). A desidratação é uma forma de malnutrição, especialmente grave nos idosos com mais de 85 anos e nos institucionalizados. A recomendação diária de ingestão de água é de 30mL/kg/dia (entre 1,5-2 litros de água, no mínimo, o que equivale a cerca de 8 copos de água).

Além da água simples, pode ser utilizada água aromatizada, chá/infusões, leite, sopas/caldos e sumos de fruta naturais.

Conselhos práticos:

- Nas consultas de avaliação calcular a osmolaridade plasmática, sendo o intervalo da normalidade entre 275 e 295 mOsm/kg. Disponível em calculadoras como: <https://www.mdcalc.com/calc/91/serum-osmolality-osmolarity-de-hidratacao>” nos idosos em risco (usar copos graduados para quantificar);
- Oferecer líquidos regularmente (a cada 2-3h) e em rotinas específicas;
- Incentivar o consumo de alimentos ricos em água;
- Recomendar a utilização de noney cup (permite a ingestão de líquidos sem levantar a cabeça, útil em casos de Disfagia)
- Em caso de disfagia para líquidos, recorrer a espessantes ou água gelificada.

Recursos para avaliação nutricional estruturada:

- **MUST** (Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição):

<https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself/must-portuguese>

<https://www.mdcalc.com/calc/10190/malnutrition-universal-screening-tool-must>

- **MNA** (Mini avaliação nutricional):

Mini-MNA: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-mini-portuguese.pdf>

Guia para completar o MNA: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-portuguese.pdf>

Recomendações de Intervenção de acordo com o resultado do MNA: <https://www.mna-elderly.com/interventions>

CUIDADOS A TER DURANTE A REFEIÇÃO: Sentar o paciente a 90°, com os pés assentes no chão (se necessário utilizar um suporte para manter a cabeça e pescoço direitos); introduzir na boca uma porção de cada vez; assegurar que a refeição fornecida se encontra à temperatura adequada; não misturar diferentes consistências na boca ao mesmo tempo.

A alimentação deverá privilegiar a mastigação de alimentos sólidos, pois esta atividade estimula o hipocampo na manutenção das funções de memória e aprendizagem. No caso da ausência parcial ou total de dentes e no uso de prótese, deve oferecer-se carnes, legumes, verduras e frutas bem picados, desfiados, ralados, moídos ou batidos no liquidificador de forma a evitar o engasgamento.

Diariamente devem ser consumidas:

- O equivalente a 30 kcal/kg/dia de energia por dia;
- Duas porções de leite ou derivados (1 porção de leite = 240ml), nas refeições intercalares;
- Duas a três porções de fruta por dia (1 porção = 1 peça de fruta média);
- Leguminosas (por ex. feijão, grão, ervilhas, lentilhas) pelo menos 3 vezes por semana, por exemplo

através da sua adição à sopa;

- A sopa de hortícolas deve estar presente nas duas refeições diárias;

• Carne, pescado e ovos nas duas refeições principais (1 porção por refeição), de modo a assegurar uma ingestão proteica adequada (recomendação diária de proteína: 1g/kg/dia), sendo que o peixe gordo deve ser consumido com uma frequência de 2 vezes por semana;

• Frutos oleaginosos (por ex. amêndoas, nozes...), para aqueles que não apresentam dificuldades de mastigação deve ser considerado 1 a 3 vezes por semana;

• Fortificação de alimentos (ou enriquecimento dietético) usando alimentos naturais (p.ex. óleo, creme, manteiga, ovos) ou preparações específicas de nutrientes (p.ex. maltodextrina, proteína em pó) pode aumentar a densidade energética e proteica.

2.4 Saúde Oral

Introdução

A ausência (edentulação) parcial ou total de dentes reduz a capacidade de mastigação, o que afeta as escolhas alimentares e contribui para défices nutricionais, e também dificulta a comunicação interpessoal, propiciando o isolamento das pessoas. A placa bacteriana é o fator causal para a progressão das cáries dentárias, que levam à destruição dos dentes e doenças periodontais. A placa bacteriana deve ser removida diariamente através de higiene oral adequada, pelo menos duas vezes por dia, utilizando escovagem e meios complementares de higiene interdental. A avaliação por Médico Dentista ou Higienista Oral deve integrar a vigilância de rotina, sendo recomendada, no mínimo, uma consulta anual, mesmo na ausência de sintomatologia.

Exploração de sintomas e sinais

Na avaliação da cavidade oral e estado de dentição - verificar se existe:

- Higiene adequada?
- Xerostomia?
- Perda de peças dentárias?
- Presença de periodontite, cáries ou outras alterações dos dentes e/ou gengivas?
- Uso de prótese dentária?
- Presença de lesões na cavidade oral?
- Medicação que provoque xerostomia (diuréticos, antidepressivos, anti-histamínicos?)

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, e deve-se passar em toda a boca e na língua. Sempre que tiver prótese dentária, esta deve ser retirada, lavada diariamente com uma escova própria e utilizando um sabonete neutro, dentífrico não abrasivo ou outro produto para esse efeito e recolocada. Deve-se prestar atenção ao eventual desgaste da prótese e ao seu ajuste na boca, pois próteses mal adaptadas podem provocar lesões nas mucosas.

Mais Informações

As pessoas beneficiárias do Complemento Solidário para Idosos (CSI) têm direito a apoios específicos na área da saúde oral, cujo conhecimento é relevante na prática clínica, permitindo reduzir barreiras económicas e promover a reabilitação oral, com impacto direto na mastigação, estado nutricional, comunicação e qualidade de vida.

Têm direito à emissão de cheque-dentista pelo Médico de Família, até ao máximo de dois por ano civil, possibilitando o acesso gratuito a consultas e tratamentos junto de profissionais aderentes.

Adicionalmente, podem beneficiar de reembolso de despesas com aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis, correspondente a 75% do valor pago, até ao limite máximo de 250 euros por cada período de três anos.

Recursos disponíveis em:

https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/saudeoral_idosos.pdf

<https://www.seg-social.pt/ptss/pssd/menu/acao-social/apoios-respostas-sociais/complemento-solidario-idosos>

2.5 Incontinência

2.5.1 Incontinência urinária

Introdução

A incontinência urinária afeta até 70% dos idosos institucionalizados e 24% dos idosos na comunidade. A sua gravidade pode variar de moderada a severa e a incidência aumenta com a idade. Apesar da elevada frequência nos idosos, a incontinência urinária é anormal em qualquer idade e afeta de forma significativa a qualidade de vida.

Exploração de sintomas e sinais

A incontinência é um problema difícil de diagnosticar pois as pessoas têm vergonha em admitir e falar sobre essa questão. Assim, **aplicar duas questões de rastreio** é efetivo na identificação da incontinência urinária, tais como:

- 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?**

Resposta positiva em ambas as questões deve motivar uma avaliação mais aprofundada, o estabelecimento de causas e fatores que possam contribuir para a incontinência e tratamento, se adequado. O rastreio da incontinência urinária deve ser realizado anualmente em idosos.

Ferramentas de Avaliação

O *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form* (ICIQ-UI SF) é um instrumento eficaz na avaliação da incontinência urinária em ambos os sexos. Avalia a frequência, a gravidade e o impacto na qualidade de vida (figura 3) e a sua pontuação varia de 0 a 21, sendo classificada como leve (1-5), moderada (6-12), grave (13-18) e muito grave (19-21).

ICIQ-UI-SF – Versão Portuguesa

Data ___/___/___

Muitas pessoas perdem urina em algum momento. Estamos a tentar perceber quantas pessoas perdem urina e quanto isso as incomoda.

Agradecemos que respondesse às seguintes perguntas, tendo em conta aquilo que tem sentido, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento ___/___/___

2. Sexo

Feminino

Masculino

3. Com que frequência perde urina?

(Escolha uma opção)

- nunca 0
- uma vez por semana ou menos 1
- duas ou três vezes por semana 2
- uma vez por dia 3
- várias vezes por dia 4
- constantemente 5

4. Que quantidade de urina perde normalmente (esteja a usar proteção ou não)?

(Escolha uma opção)

- nenhuma 0
- uma quantidade pequena 2
- uma quantidade moderada 4
- uma grande quantidade 6

5. De uma forma geral, em que medida perder urina afeta a sua vida diária?

(por favor assinalar um número entre 0 (nada) e 10 (muito))

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada											Muito

ICIQ Score: soma dos resultados perguntas 3+4+5=

6. Quando tem perdas de urina? (Escolha todas as opções que se aplicam a si)

- nunca - não tem perdas de urina
- tem perdas de urina antes de conseguir chegar à casa de banho
- tem perdas de urina quando tosse ou espirra
- tem perdas de urina quando está a dormir
- tem perdas de urina quando está fisicamente ativo(a) a fazer exercício
- tem perdas de urina quando acabou de urinar e já está vestido
- tem perdas de urina sem razão aparente
- tem perdas de urina constantemente

Muito obrigado por responder a estas questões.

Figura 3 – Questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) (questionário adaptado do documento: Guerra MJ, Pinto de Almeida S, Nogueira HM, Pereira Alves PJ. Validación para la población portuguesa de la “international consultation on incontinence questionnaire-urinary incontinence short form” (ICIQ-UI SF). *Enf Global*. 2023 Jul;22(3): 479-511).



2.5.2 Incontinência fecal

Introdução

A incontinência fecal define-se como a passagem não intencional de fezes sólidas ou líquidas. É definida como 2 episódios num período de 4 semanas.

A incontinência fecal provoca impacto negativo nos idosos ao nível da saúde física, mental e social. Pela vergonha e isolamento social deve ser ativamente questionado pelo Médico de Família. Assim, deve-se realizar uma anamnese e exames físicos que possibilitem o diagnóstico.

2.6 Avaliação da Sexualidade

Introdução

A sexualidade é uma das componentes da vida de um adulto e um dos aspetos que impactam a saúde da pessoa, independentemente da idade. Sabe-se que o desejo e a atividade sexual diminuem com a idade, contudo, cuidar da saúde sexual no idoso deve ser uma prioridade. A pessoa idosa experiencia alterações fisiológicas e patológicas associadas ao envelhecimento, muitas das quais interferem na sua sexualidade. Várias patologias incapacitantes e medicação têm também impacto na saúde sexual, pelo que a avaliação e intervenção precoces podem prevenir e corrigir problemas sexuais.

Ferramentas de Avaliação

O modelo **PLISSIT** permite uma abordagem, avaliação e intervenção que inclui questões abertas sobre a sexualidade. O primeiro passo é a permissão (P) da avaliação da saúde sexual, seguido de questões abertas que incitem o paciente a falar sobre as suas preocupações sexuais. O passo seguinte é providenciar ao utente informação limitada (LI) sobre as alterações normais e patológicas que podem afetar a saúde sexual e tentar desmistificar concepções erradas. Com base na resposta das questões abertas, devem ser dadas sugestões específicas (SS), tal como revisão da medicação, como parte do plano de cuidados de saúde. Por fim, a última parte do modelo é a terapia intensiva (IT), que está indicada em idosos com problemas sexuais não relacionados com o normal envelhecimento ou doenças.

As questões abertas para a avaliação da saúde sexual no idoso são:

1. Pode dizer-me como expressa a sua sexualidade?
2. O que o preocupa ou que questões têm sobre atingir/realizar as suas necessidades sexuais?
3. De que forma a relação sexual com o seu parceiro/a se alterou com o envelhecimento?
4. Que intervenção ou informação poderei dar-lhe para que possa sentir-se realizado sexualmente?

Os profissionais de saúde devem avaliar continuamente (anualmente?) as necessidades sexuais de adultos idosos, mesmo que tenham défice cognitivo, e desenvolver planos de cuidados que promovam o respeito e a dignidade da pessoa.

Há também inúmeros fármacos que afetam a função sexual, como:

- 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) e bloqueadores H₂ (cimetidina).

3. Avaliação da Funcionalidade e Marcha

3.1 Funcionalidade

Introdução:

A avaliação da funcionalidade tem como principal objetivo averiguar a capacidade do idoso em realizar as atividades necessárias à manutenção da sua vida com independência. Estas são constituídas por dois níveis de complexidade: as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

Ferramentas de Avaliação:

Atividades básicas de vida diária (ABVD)

Visa a avaliação do grau de autonomia do idoso pela capacidade de este realizar, ou não, um conjunto de atividades indispensáveis à vida diária e por isso consideradas básicas. A avaliação faz-se pela aplicação de diversas escalas, sendo as escalas de Barthel e de Katz as mais conhecidas e as mais utilizadas. Não obstante a utilização de escalas de avaliação formal, pode introduzir, de forma sistemática, questões sobre funcionalidade na avaliação do idoso na consulta de MGF. Sugerimos, por exemplo: **Sente dificuldade ou necessita de ajuda de outra pessoa nas suas atividades diárias como, a vestir-se, a tomar banho, na ida ao WC, a andar ou para se alimentar?**

ESCALA DE BARTHEL (tabela 4): avalia dez ABVD, mais quatro do que a Escala de Katz. Considera várias possibilidades para cada atividade (que quantifica), permitindo uma gradação da independência entre 0 pontos (Dependência total) e 100 pontos (Independência total). Além da pontuação total, deve ser também considerada a avaliação de cada atividade, por ser diferente o peso de cada uma delas na dependência do idoso.

Tabela 4 - Escala de Barthel. Tradução e adaptação por Ermida JG, Serviço de Medicina 1 (HUC), Coimbra, 1992, de Mahoney FI, Barthel DW, 1965

Alimentação	
0	Dependente: não é capaz de se alimentar sozinho
5	Necessita de ajuda para cortar, barrar o pão, etc.
10	Independente: alimenta-se sozinho
Vestir	
0	Dependente: não é capaz de se vestir, mesmo com ajuda
5	Necessita de alguma ajuda (faz mais de metade das tarefas)
10	Independente: veste-se e calça-se completamente sozinho



Tomar banho (banheira ou chuveiro)	
0	Dependente: não é capaz de tomar banho
5	Independente: toma banho completo, sozinho
Higiene pessoal	
0	Dependente: incapaz
5	Independente: lava a cara e os dentes e faz a barba, sem ajuda
Utilizar a sanita	
0	Dependente: incapaz de se instalar e de usar a sanita
5	Necessita de alguma ajuda
10	Independente: instala-se e usa a sanita, veste-se, limpa-se sozinho
Continência intestinal	
0	Dependente: tem incontinência fecal
5	Tem perda fecal ocasional (uma vez por semana); necessita de ajuda para aplicar enemas ou supositórios
10	Independente: não tem perdas; é capaz de aplicar enemas ou supositórios
Continência vesical	
0	Dependente: tem incontinência; é incapaz de lidar com a algália
5	Perda ocasional (uma vez por dia); necessita de ajuda com a algália
10	Independente: não tem perdas; é capaz de lidar com a algália
Transferir-se (cama / cadeira/ cama)	
0	Dependente: é incapaz de se transferir; não se equilibra sentado
5	Necessita de ajuda de uma ou duas pessoas. Equilibra-se sentado
10	Consegue transferir-se com ajuda ligeira
15	Independente: transfere-se sozinho; manobra sozinho a cadeira de rodas
Mobilizar-se	
0	Dependente: não caminha nem manobra a cadeira de rodas
5	Desloca-se sozinho em cadeira de rodas até 50 metros
10	Pode caminhar 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão
15	Independente: caminha sozinho (pode usar qualquer auxiliar de marcha)
Subir e descer escadas	
0	Dependente: incapaz de subir ou descer
5	Necessita de ajuda física ou de supervisão para subir ou descer
10	Independente: sobe e desce sozinho (pode usar qualquer apoio ou auxiliar de marcha)

Tabela 5 - Interpretação dos resultados da Escala de Barthel

100 pontos	Independente
76-99 pontos	Dependência Ligeira
51-75 pontos	Dependência Moderada
26-50 pontos	Dependência Grave
0-25 pontos	Dependência Total

ESCALA DE KATZ: avalia seis atividades consideradas básicas para a autonomia da vida diária (banho; vestir; uso de sanita; transferência; continência; alimentação). O grau de autonomia do idoso depende do número de atividades que for capaz de realizar com independência, isto é, sem ajuda de terceiros. Considera-se que o idoso é independente em cada atividade se for capaz de a realizar por completo sem necessitar de qualquer ajuda, ou em alguns casos com ajuda mínima (lavar as costas, apertar os atacadores dos sapatos, cortar os alimentos duros no prato). Para a execução das tarefas, o idoso pode usar qualquer ajuda técnica que utilize habitualmente.

Atividades instrumentais de vida diária (AIVD)

A capacidade para realização das ABVD, avaliada pelas escalas já referidas, permite graduar a autonomia do idoso. A sua independência requer, no entanto, a capacidade para o exercício de outras atividades, de carácter instrumental, mais exigentes e que requerem maior capacidade física e cognitiva do que as atividades básicas. São as intituladas AIVD, cuja avaliação pode também ser feita recorrendo a escalas que obedecem a metodologia e significado, semelhantes às das atividades básicas.

Escala de LAWTON E BRODY (tabela 6): permite avaliar a capacidade do idoso para o exercício de oito atividades instrumentais. Algumas críticas feitas a este instrumento decorrem de alguns dos itens avaliados terem implicações socioculturais, referindo-se a atividades cuja prática pertence tradicionalmente só a um dos géneros (tarefas domésticas e lavagem da roupa, preparação das refeições), o que deve ser tido em consideração na pontuação desses itens. Para isso, alguns autores propõem que a pontuação, no sexo masculino, não considere o desempenho nessas três atividades, o que não diminui a fiabilidade da escala, como tem sido comprovado.

Tabela 6 - Escala de Lawton e Brody

Utilização do telefone	
1	Utiliza o telefone por iniciativa própria
1	É capaz de marcar bem alguns números familiares
1	É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
0	Não é capaz de usar o telefone



Fazer compras	
1	Realiza todas as compras necessárias independentemente
0	Realiza independentemente pequenas compras
0	Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
0	É totalmente incapaz de comprar

Preparação das refeições	
1	Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
0	Prepara adequadamente as refeições quando se fornecem os alimentos
0	Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
0	Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

Tarefas domésticas	
1	Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
1	Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
1	Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
0	Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
0	Não participa em nenhuma tarefa doméstica

Lavagem da roupa	
1	Lava sozinho toda a sua roupa
1	Lava sozinho pequenas peças de roupa
0	A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

Utilização de meios de transporte	
1	Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
1	É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
1	Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
0	Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
0	Não viaja

Tomar a medicação	
1	É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas
0	Toma a medicação se a dose é preparada previamente
0	Não é capaz de administrar a sua medicação

Responsabilidade de assuntos financeiros	
1	Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
1	Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
0	Incapaz de manusear o dinheiro

Tabela 7 - Interpretação dos resultados da Escala de Lawton e Brody

Mulher	Interpretação dos resultados	Homem
8	Independente	5
6-7	Dependência Ligeira	4
4-5	Dependência Moderada	2-3
2-3	Dependência Grave	1
0-1	Dependência Total	0

3.2 Marcha

Introdução

O processo de envelhecimento acompanha-se de alterações significativas do equilíbrio e da marcha que se agravam com a progressão da idade e que podem comprometer seriamente a autonomia e a independência do idoso. Estas alterações são diversas, fisiológicas ou patológicas, de origem central ou periférica, e podem originar síndromes como a instabilidade e a imobilidade. Uma das consequências mais frequentes das perturbações do equilíbrio e da marcha é a queda, causa major de incapacidade e de morte neste grupo etário. Como para avaliação das outras capacidades, também aqui existem diversos instrumentos, mais simples ou mais complexos, mais ou menos fáceis de aplicar e de serem aceites pelos idosos.

Ferramentas de Avaliação

CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA DE HOLDEN: determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escada). A informação pode ser obtida através da observação direta do idoso a caminhar ou do questionário direto ao idoso, familiares ou cuidadores. São estabelecidas 6 categorias, tentando-se classificar o idoso na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha.



Tabela 8 - Classificação funcional da marcha de Holden (adaptada de Núcleo de Estudos de Geriatria da sociedade Portuguesa de Medicina Interna - GERMI)

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	Não é capaz de caminhar; caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente nível II	Necessita de grande ajuda constante de uma pessoa para andar e evitar quedas
2 Marcha dependente nível I	Requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair em superfície plana; ajuda consistente em toque suave para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	É capaz de andar de forma independente em superfície planas sem ajuda, mas para sua segurança requer supervisão de uma pessoa
4 Marcha independente (superfície plana)	É capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer ajuda ou supervisão para superar escadas ou superfícies inclinadas
5 Marcha independente	É capaz de andar independentemente do tipo de superfície

TUG - Timed Up and Go (figura 4): avalia a capacidade de transferência de sentado para a posição de pé, passada, estabilidade da caminhada e capacidade de rotação sem desequilíbrio. Este teste consiste em: solicitar ao indivíduo que, partindo da posição sentada, perante uma palavra de ordem proferida pelo avaliador (ex.: inicie, vamos, comece), percorra uma distância de 3 metros (que deve estar marcada no pavimento), inverta o sentido de marcha e retome a posição de sentado. Deve o avaliador contabilizar o tempo que o indivíduo demora a completar todo o percurso.

Este é um teste multidimensional, de rápida aplicação e recomendado no contexto dos cuidados de saúde primários (CSP). Um idoso que demore ≥ 12 segundos a completar o TUG tem um risco aumentado de queda.

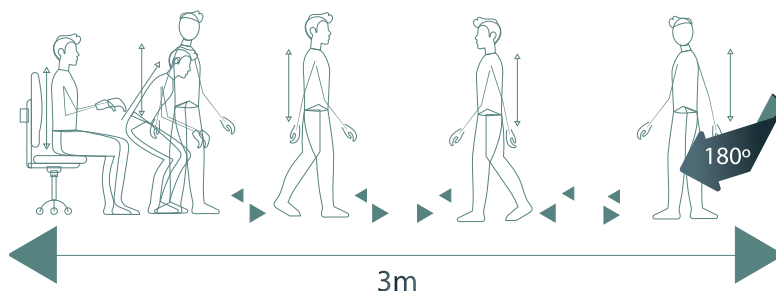


Figura 4 - Timed Up and Go _Imagem adaptada de <https://www.anatomia-fisioterapia.pt/pt/nervoso/articles/systems/neurological/o-l-test-na-doenca-de-parkinson4>.

4. Avaliação Psicologia

4.1 Avaliação da Função Cognitiva

Introdução

A demência aumenta com a idade e caracteriza-se por um declínio em um ou mais domínios da função cognitiva. Os défices devem representar um declínio face ao nível de função prévio e interferir significativamente com as atividades e independência do idoso. O défice cognitivo ligeiro (DCL) caracteriza-se por ser uma fase intermédia entre a função cognitiva normal e a demência. Esta alteração pode ser precursora da demência ou representar uma patologia reversível. A avaliação do défice cognitivo precoce permite revelar possíveis causas tratáveis e também planear os cuidados antecipadamente enquanto o doente ainda consegue participar no processo de decisão.

Exploração de Sintomas e Sinais

O rastreio das alterações cognitivas em adultos com 65 ou mais anos assintomáticos não está recomendado. Contudo, quando se observam alterações cognitivas em consulta ou a família e/ou o doente manifestam preocupações deve realizar-se uma avaliação cognitiva. A avaliação completa das alterações cognitivas raramente pode ser realizada numa única consulta de medicina geral e familiar. Recomenda-se a presença de uma segunda pessoa na consulta (familiar/amigo) para reportar eventuais sintomas observados e para poder transmitir as informações ao doente posteriormente.

Na história clínica é importante pesquisar a duração das alterações e qual a progressão da perda de memória. Outros elementos importantes da história clínica estão detalhados na tabela 9.

Tabela 9 - Elementos importantes a pesquisar na história clínica para a avaliação da função cognitiva

Elementos importantes na história clínica	. Nível de escolaridade, profissão e contexto social
	. Comorbilidades e fatores de risco cardiovasculares
	. História familiar de demência
	. Antecedentes psiquiátricos, alterações psicológicas e comportamentais
	. Consumo de fármacos com potenciais efeitos prejudiciais na cognição
	. Consumo de álcool, tabaco e outras drogas
	. Insight e impacto funcional das alterações

É também importante pesquisar por sintomas que possam mimetizar a demência como a perda de visão ou função motora, tremor, desequilíbrio, quedas, dificuldade na marcha, incontinência urinária e sintomas neuropsiquiátricos (alterações de comportamento, agitação, alucinações visuais, alterações no sono). Adicionalmente, é importante pesquisar alterações no humor já que a depressão é uma patologia comum e tratável cujos sintomas podem mascarar a demência.

No exame objetivo a avaliação neurológica adquire uma grande importância, já que pode evidenciar alguns diagnósticos diferenciais, como por exemplo, acidentes vasculares cerebrais anteriores (défices neurológicos focais), parkinsonismo (p.e., rigidez de roda dentada e/ou tremores), alterações ou lentidão da marcha e movimentos oculares anormais. Habitualmente, os doentes com doença de Alzheimer não apresentam inicialmente défices motores ou sensoriais.



Ferramentas de Avaliação

As ferramentas de rastreio (tabela 10) ajudam a quantificar o tipo e gravidade do declínio cognitivo, sendo que a maioria tem uma sensibilidade e especificidade elevada (≥ 0.80). As ferramentas podem ser divididas em três grupos.

Tabela 10 - Ferramentas de avaliação cognitiva

Avaliações cognitivas curtas (<5 minutos)	Avaliações cognitivas de duração moderada (5 a 15 minutos)	Avaliações cognitivas longas (> 15 minutos)
<ul style="list-style-type: none"> • Memory Impairment Screen (MIS) • Six-Item Screener (SIS) • Teste do desenho do relógio • Mini-Cog 	<ul style="list-style-type: none"> • Mini-Mental State Examination (MMSE) • Montreal Cognitive Assessment (MoCA) • Saint Louis University Mental Status Examination (SLUMS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease Neuropsychological Battery (CERAD-NP) • Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE)

Exame Breve do Estado Mental baseado no *Mini-Mental State Examination*: é amplamente utilizado como um instrumento eficaz na detecção de demência, embora possa não detectar alterações nas fases iniciais de declínio cognitivo, como no caso do Déficit Cognitivo Ligeiro (DCL). É importante ressaltar que o desempenho no MMSE pode ser significativamente influenciado por fatores como idade e escolaridade, o que sugere a necessidade de dados normativos que considerem essas variáveis. Por essa razão, é recomendável o uso da tabela de interpretação de resultados baseada em dados normativos que tenham em consideração a idade e a escolaridade do indivíduo avaliado.

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos?

Em que mês estamos?

Em que dia do mês estamos?

Em que dia da semana estamos?

Em que estação do ano estamos?

Em que país estamos?

Em que distrito vive?

Em que terra vive?

Em que casa estamos?

Em que andar estamos?

Nota: /10

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra, Gato, Bola

Nota: /3

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: /5

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra, Gato, Bola

Nota: /3

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto? nota para o profissional: devemos ter os objetos na secretária para apresentar, não levantar o pulso para mostrar o relógio já que estamos a sugestionar

Relógio, Lápis

Nota: /2

b. “Repita a frase que eu vou dizer:

O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: /1

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita, Dobra ao meio, Coloca onde deve

Nota: /3

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto, ou havendo hipovisão, deve ler-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: /1

e. “Escreva uma frase inteira aqui”.

Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: /1

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Nota: /1



Total: /30

Tabela 11 - Interpretação dos resultados do Exame do Estado Mental (Dados normativos do MMSE para a população portuguesa: Freitas et al, 2015)

Idade	Escolaridade				
	1 a 4	5 a 9	10 a 12	>12	Qualquer escolaridade
25-49	27	28	29	29	28
50-64	26	28	28	28	27
≥65	26	28	28	28	26
Qualquer idade	26	28	28	29	27



Mini-Cog: apresenta um bom desempenho diagnóstico para demência e é relativamente simples e curto em comparação com o MMSE. Combina a memorização de 3 palavras e o desenho do relógio. O teste é considerado anormal se o doente não consegue recordar as três palavras ou se o doente apenas se recorda de uma ou duas palavras e o desenho do relógio está alterado (não tem todos os números presentes na sequência correta com os ponteiros a apontar para o tempo correto).

Montreal Cognitive Assessment (MoCA): desenvolvido para avaliar formas mais ligeiras de declínio cognitivo. Apresenta tarefas mais complexas, com ênfase nas funções executivas e atenção, e maior sensibilidade para défice cognitivo ligeiro e fases iniciais da demência. Não obstante, inclui tarefas inadequadas para analfabetos e apresenta uma baixa especificidade para demência.

A concordância entre a história e o exame do estado mental é fortemente sugestiva do diagnóstico de demência.

Quando apenas um destes é positivo é necessário considerar alguns diagnósticos alternativos (**figura 5**).

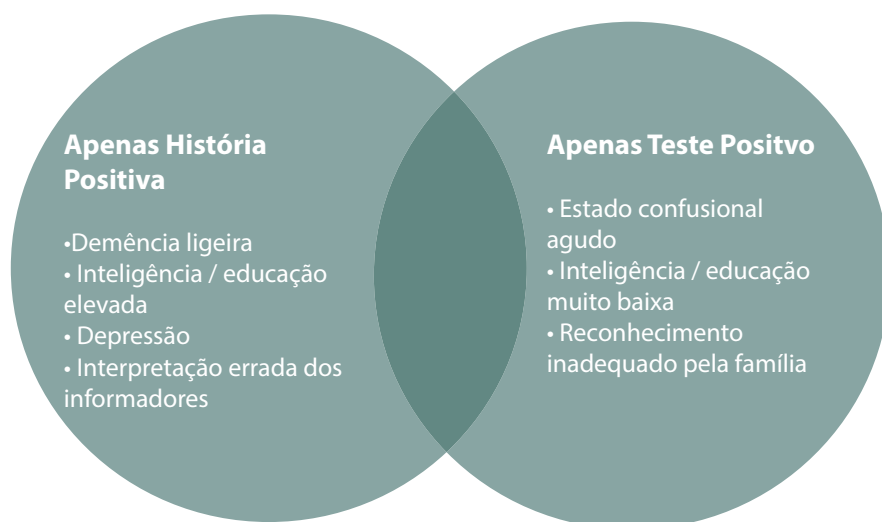


Figura 5 - Aspectos a considerar quando não existe concordância entre a história e o teste de rastreio

Exames Complementares de Diagnóstico

Sugere-se a avaliação analítica de patologias que podem contribuir para a alteração cognitiva como hemograma, glicémia, calcémia, ionograma, análises hepáticas, provas de função renal, função tiroideia, níveis séricos de vitamina B12 e ácido fólico e análise de urina tipo II. O rastreio da neurosífilis não é recomendado caso não exista suspeita clínica com base na história sexual e/ou viagens para áreas onde a exposição pode ser mais comum. O rastreio do VIH também poderá ser realizado neste grupo de doentes.

A neuroimagem está recomendada em doentes com alteração cognitiva e/ou deterioração neurológica rápida, sintomas atípicos ou história ou exame físico sugestivos de um hematoma subdural, acidente vascular cerebral

trombótico ou hemorragia cerebral.

A Academia Americana de Neurologia (AAN) recomenda a realização de neuroimagem estrutural na avaliação inicial dos doentes com demência. A RM é preferível à TC porque é mais sensível na identificação de uma maior variedade de patologias e o doente não é exposto a radiações ionizantes potencialmente prejudiciais.

A avaliação longitudinal do doente assume especial importância tendo em conta que a maioria das causas da demência são progressivas. As consultas de seguimento podem confirmar ou não o diagnóstico e avaliar a resposta a diferentes intervenções terapêuticas. O uso de ferramentas de rastreio permite recolher informação adicional sobre a trajetória da doença e são recomendadas pela AAN.

Mais informações

MOCA em Português – <https://mocacognition.com/paper/>

Mini-Cog em Português – <https://www.mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/PORTUGUESE-Mini-Cog-in-Portuguese.pdf>

Memory Impairment Screening – <https://www.alz.org/getmedia/2cc07bd9-1299-42c3-ac54-a61388ee4ef1/memory-impairment-screening-mis.pdf>

4.2 Avaliação do Humor

4.2.1 Depressão

Introdução

A perturbação depressiva major é rara entre os idosos fisicamente saudáveis (2% das pessoas com 55 ou mais anos de idade), mas aumenta com a idade e os sintomas depressivos são comuns entre pessoas com doenças fisicamente debilitantes. A avaliação do humor é um importante instrumento para o raciocínio clínico e diagnóstico diferencial, prevenindo por um lado a medicalização excessiva de processos normais de ajustamento no idoso e, por outro, o subdiagnóstico e subtratamento da perturbação depressiva. Recomenda-se o rastreio de depressão anualmente.

Exploração de Sintomas e Sinais

Reconhecer e diagnosticar a depressão no idoso pode ser difícil já que esta população refere frequentemente sintomas inespecíficos (como falta de energia), atribuem os sintomas à velhice ou a outras doenças físicas, ou não os mencionam na consulta.

Os critérios do DSM-5 não são específicos para, os idosos, onde os sintomas cognitivos podem ser mais proeminentes e existe frequentemente pluriopatologia associada.

Ferramentas de Avaliação

Existem múltiplos instrumentos que permitem avaliar o estado afetivo do idoso (Patient Health Questionnaire (PHQ) de 2 ou 9 itens, Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de Yesavage de 5 ou 15 itens (tabela 12).

A versão de 15 itens da GDS (GDS-15), traduzida e adaptada para português europeu, é uma das mais frequentemente aplicadas, dada a sua simplicidade e fiabilidade. Pode ser usada em auto ou heteroavaliação, embora se recomende a heteroavaliação na prática clínica (autoavaliação com maior subjetividade).



Tabela 12 - Escala de Depressão Geriátrica (versão portuguesa validada por Pocinho et al. (2009))

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

A pontuação total permite considerar três possibilidades: 0-5 pontos; sem depressão 6-10 pontos; depressão ligeira a moderada 11 a 15 pontos; depressão grave. A aplicação da GDS-15 deve ser priorizada nos idosos com fatores de risco para depressão *major* como, por exemplo:

- Antecedentes de perturbação depressiva;
- Multimorbilidade;
- Sintomas físicos sem causa orgânica identificada;
- Dor crónica;
- Sobreutilização dos serviços de saúde;
- Acontecimentos vitais desencadeantes, como o falecimento do cônjuge, problemas económicos, hospitalização ou institucionalização.

A avaliação do estado afetivo do idoso pode também ser feita recorrendo ao PHQ-2 e perante um resultado positivo (pontuação ≥ 3) aplica-se o PHQ-9.

Perante o diagnóstico de depressão, a aplicação das escalas referidas também facilita a monitorização da resposta terapêutica.

Mais informações

PHQ-2: <https://www.mgffamiliar.net/wp-content/uploads/PHQ2-1.pdf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32697702/>

4.2.2 Ansiedade

Introdução

As perturbações da ansiedade são os problemas mentais mais frequentes nos idosos. As pessoas idosas têm um risco acrescido devido à fragilidade crescente, à presença de doenças orgânicas e às perdas globais que acentuam os sentimentos de medo e vulnerabilidade.

Exploração de Sintomas e Sinais

No idoso, a sua apresentação pode ser atípica, predominando os sintomas somáticos. Na maioria dos casos, a perturbação de ansiedade coexiste com outras patologias, tornando-se necessário discriminar se é primária, secundária, causa ou consequência. Existem várias formas clínicas de perturbações de ansiedade que obedecem aos critérios definidos pela DSM-5.

Perante a suspeita, deve inicialmente excluir-se a presença de patologia orgânica que curse com ansiedade como patologia cardiovascular (arritmias, angina, EAM, IC), endócrina (hipertiroidismo, hipoglicemia, feocromocitoma), neurológica (doenças do movimento, DCL, Demência de Alzheimer, AVC) ou respiratória (DPOC, asma, TEP). É também importante avaliar a existência de medicação que causa ansiedade (caféina, nicotina, levotiroxina; corticosteróides; psicotrópicos; simpatomiméticos (pseudoefedrina, beta-agonistas); broncodilatadores, entre outros fármacos); e estados de abstinência (álcool, benzodiazepinas, ISRS).

O exame objetivo pode apresentar sintomas e sinais de ansiedade como taquicardia, taquipneia, sudorese e tremor.

Ferramentas de Avaliação

O rastreio da ansiedade em idosos é recomendado, particularmente em CSP e em ambiente hospitalar.

Especificamente para a população ≥ 50 anos foi criado um questionário simples com 20 questões que permite avaliar rapidamente a presença de perturbações de ansiedade, o *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI), tendo sido definido um cut-off de 8/9 para a sua deteção.

Exames Complementares de Diagnóstico - Depressão e Ansiedade

Sugere-se a avaliação analítica com hemograma, glicemia, TSH, vitamina B12, testes da função renal e hepática, ionograma, exame da urina e rastreio de álcool e drogas.

Mais informações

Cópia da versão Portuguesa do GAI - <https://gai.net.au/#what-is-the-gai>



4.3 Avaliação do Sono

Introdução

Nos idosos, muitas vezes, é difícil distinguir se os problemas do sono são consequência do envelhecimento normal, de um distúrbio primário do sono ou de uma doença médica. Na avaliação do sono devemos determinar se são consequência de:

1. Envelhecimento normal - Os idosos, por norma, adormecem mais cedo e consequentemente acordam também mais cedo. É também comum terem vários despertares noturnos e dificuldade em iniciar o sono. A sua necessidade de sono é menor e varia entre 5-7 horas.

2. Distúrbio primário do sono - Deve-se suspeitar quando os sintomas do utente parecem desproporcionais ao envelhecimento normal, ou seja, se afetam as ABVDs e o funcionamento cognitivo. Os distúrbios mais comuns no idoso são: a apneia do sono, a insónia, o distúrbio do sono do ritmo circadiano (ou seja, estar acordado à noite e sonolento durante o dia), o distúrbio comportamental do movimento rápido dos olhos (REM) (pode ser observado em idosos com demência, doença de Parkinson e atrofia de múltiplos sistemas) e síndrome das pernas inquietas (a anemia e a insuficiência renal crónica, que são comuns em idosos, são fatores de risco para a síndrome das pernas inquietas, movimentos periódicos das pernas durante o sono, resultando em má manutenção do sono).

. Outros problemas de comprometimento do sono comuns em idosos

. Má higiene do sono – Maus hábitos de sono como passar longos períodos na cama, ter um horário de sono irregular, tentar forçar o sono, ingerir bebidas com cafeína ou álcool ao final da tarde e à noite, fumar, estímulos no ambiente de sono (por exemplo animais no quarto, exposição a ecrãs ou temperatura ambiente desconfortável);

. Medicamentos (narcóticos, benzodiazepínicos, betabloqueadores, antidepressivos, diuréticos, donepezilo, entre outros);

. Comorbilidades (insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, depressão, ansiedade, demência, doença do refluxo gastroesofágico e distúrbios neuromusculares [por exemplo, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla].

Exploração de Sintomas e Sinais

1. Realizar um diário do sono que deve incluir a hora habitual de dormir, quanto tempo leva para adormecer, número de despertares noturnos, horário típico de acordar e sair da cama pela manhã, se ressoa e se tem sonolência diurna.

Nota:

Na avaliação de um utente que refira sonolência diurna excessiva (SDE) é importante distinguir uma SDE de um dormir durante a tarde. A SDE é definida como a incapacidade de manter a vigília e o estado de alerta durante os principais episódios de vigília do dia. Nesta situação, o sono ocorre involuntariamente ou em horários inadequados, quase diariamente, durante pelo menos três meses (por exemplo, adormecer enquanto conversa com alguém, na igreja, no teatro, vestir-se, comer, ir à casa de banho). A escala de sonolência de Epworth pode ser útil para esta distinção, sendo que uma pontuação acima de 10 sugere patologia primária do sono em vez de efeitos normais do envelhecimento.

2. Questionar sobre medicamentos, consumo de cafeína, álcool, consumo de outras drogas e medicamentos.

3. Excluir causas: doentes com insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral (fatores de risco para apneia do sono), um evento psicologicamente traumático recente (por exemplo, morte

de um membro da família; fator de risco para insónia), demência, depressão e ansiedade (ou seja, fatores de risco para insónia), doença de Parkinson (isto é, fator de risco para distúrbio comportamental do sono de movimento rápido dos olhos), anemia e insuficiência renal (fatores de risco para síndrome das pernas inquietas).

Mais informações

<https://www.sleepfoundation.org/aging-and-sleep>

http://www.metis.med.up.pt/index.php/Ins%C3%B3nia_e_higiene_do_sono

4.4 Avaliação dos Hábitos Tabágicos, Alcoólicos e Outros

Introdução

O rastreio do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas deve ser alvo de pesquisa na avaliação de um doente idoso, pelo facto do consumo abusivo destas substâncias ser causa de várias patologias (nomeadamente, síndromes de dependência/abstinência, quedas, declínio cognitivo, delirium, anemia, trombocitopenia, alteração da função hepática, doença cardiovascular e neoplasias). O compromisso cognitivo originado pelo uso crónico de substâncias pode melhorar com a abstinência sustentada. O uso inadequado de medicamentos prescritos, incluindo benzodiazepinas e opióides, muitas vezes não é reconhecido e estima-se que seja a segunda causa mais comum de problemas por uso de substâncias nesta faixa etária.

Ferramentas de Avaliação

Assim, durante a consulta de um doente idoso, este deve ser questionado sobre a existência dos seguintes consumos:

- **Álcool** (frequência de consumo, quantidade e o tipo de bebida).

o De acordo com a recomendação do *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, é considerada uma ingestão de álcool diária de baixo risco, no idoso, aquela que é igual ou inferior a uma bebida padrão (BP), que corresponde a cerca de 12g de álcool.

o Para identificar e avaliar o consumo de álcool considerado de risco ou nocivo, na população idosa, são recomendadas as seguintes escalas / questionários: *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*; *S-MAST-G (Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric)* e *ARPS (Alcohol-Related Problems Survey)*.

• **Tabaco** (Exposição ao fumo do tabaco deve ser quantificada e expressa em UMA (Unidades Maço Ano = nº cigarros fumados por dia / 20 x nº anos).

- **Fármacos Prescritos**

o Associado à frequente polimedicação do doente idoso, deve ser dada especial atenção ao consumo inapropriado de determinados fármacos prescritos, nomeadamente as benzodiazepinas e os opióides, porque se estima que seja a segunda causa mais comum de patologia associada ao consumo de substâncias na população idosa. Por conseguinte, devem ser instituídas medidas para minimizar o consumo excessivo destes fármacos.

- **Drogas ilícitas** (haxixe, heroína, cocaína)

o Apesar deste consumo ser menos comum nesta faixa etária, a existência de antecedentes de abuso de drogas constitui um fator de risco.



5. Avaliação Socioeconômica

Introdução

A avaliação socioeconômica da pessoa idosa é fundamental para que a prestação de cuidados, promoção da saúde e prevenção de doença sejam personalizadas. Esta avaliação permite contextualizar o idoso no seu âmbito social, familiar e econômico. Desta forma, de seguida apresentam-se as temáticas que consideramos essenciais ter em conta nesta avaliação.

5.1 Contexto Familiar

Em contexto de consulta de vigilância ou visita domiciliária será importante compreender a constituição do agregado familiar e relações sociais da pessoa idosa (tabela 13).

Tabela 13 - Questões úteis para avaliação do contexto familiar

Questões úteis
1. Quem vive consigo em casa?
2. Quando precisa de algo, quem é a sua pessoa de referência/instituição?
3. Quem são as pessoas mais próximas de si e em quem confia?
4. Com que frequência está com essas pessoas?
5. Tem animais de estimação?

Em determinadas situações poderá ser útil realizar uma avaliação familiar da pessoa idosa utilizando ferramentas como o Genograma, APGAR Familiar ou o Círculo Familiar de Thrower.

5.2 Condições de Habitação

A Visita Domiciliária constitui um momento crucial na avaliação do domicílio e da pessoa idosa, sendo uma oportunidade de prevenção e deteção de novos problemas de saúde até então não identificados em consulta. Poderá ser útil utilizar checklists e a mnemónica INHOMESSS para aplicar em cada visita domiciliária.

Immobility (Imobilidade)

Avaliação da capacidade de realizar ABVDs e AIVDs. O profissional de saúde pode solicitar que a pessoa realize estas mesmas atividades e sugerir soluções.

Nutrition (Nutrição)

Avaliação da alimentação, preferências alimentares e comportamentos. A observação do conteúdo de armários ou do frigorífico com o consentimento da pessoa, bem como a observação de rótulos dos alimentos fornece informações muito úteis.

Home environment (Ambiente em redor da habitação)

Avaliação e compreensão do ambiente em redor da habitação, nomeadamente acesso a bens de primeira necessidade (como supermercados, farmácia, café, restaurante), vizinhos. Dentro de casa o ambiente e a decoração podem revelar interesses e hobbies da pessoa que visitamos.

Other people (Suporte social)

Foco no suporte social da pessoa que se visita, procurando saber quem contacta no caso de necessidade. Importante ainda a avaliação do cuidador neste contexto.

Medications (Medicação)

Excelente oportunidade para confirmar a medicação habitual e “esporádica” da pessoa e verificar o consumo de medicação de venda livre. Observação da forma como é organizada a medicação e a posologia da mesma.

Examination (Exame objetivo)

Deverá ser um exame físico dirigido ao motivo principal da visita. Pode ser uma oportunidade de visualizar a forma como a pessoa faz determinadas avaliações (glicémia, pressão arterial p.e.) ou toma determinada medicação (insulina).

Safety (Segurança)

Importância de avaliar a casa no que concerne ao risco de queda ou outros acidentes. Poderão ser consultados alguns documentos úteis que possuem checklists e soluções para uma casa mais segura em cada divisão.

Spiritual Health (Espiritualidade)

Compreensão da fé da pessoa através da observação de objetos no domicílio. Pode servir como mote para a discussão deste tema e para melhor enquadrar a pessoa no seu contexto religioso.

Services (Serviços)

Procurar fazer a visita em conjunto com outros profissionais de saúde que providenciem serviço domiciliário (instituições, assistente social, equipa de enfermagem).

5.3 Violência e Maus-tratos

Ao abordar questões relacionadas com a composição do seio familiar/mais próximo da pessoa idosa, é importante abordar a temática da violência e maus-tratos, dado estes serem mais frequentemente praticados pelos contactos mais próximos.

Existem sinais suspeitos na pessoa idosa e comportamentos do cuidador/familiar/pessoa mais próxima aos quais será necessário o profissional de saúde estar atento (tabelas 14 a 18):



Tabela 14 - Maus-tratos físicos

Comportamentos do cuidador	Sinais na pessoa idosa
Agressões físicas (ex. bofetadas, empurrões); Alimentação forçada; Posicionamento incorreto; Cuidados físicos inadequados à condição do idoso; Resposta inexistente ou inadequada às necessidades fisiológicas do idoso.	Lesões físicas (escoriações, contusões, etc) com características que indiciam ter sido intencionalmente provocadas; Feridas não tratadas; Historial de quedas sucessivas; Perda de peso não justificada; Recurso sistemático aos serviços de urgência hospitalar; Sinais de sobre ou sub-dosagem medicamentosa; Inexplicável agravamento do estado de saúde.

Tabela 15 - Maus-tratos psicológicos

Comportamentos do cuidador	Sinais na pessoa idosa
Insultos, ameaças verbais; Difamações, calúnias, humilhações; Violação da privacidade; Ridicularizar, infantilizar, ignorar; Dificultar/impedir a participação, tomadas de decisão e/ou expressão a pessoa idosa.	Apatia; Alterações do sono; Diminuição do interesse e prazer generalizados; Ansiedade, medo; Depressão; Pensamentos sobre suicídio; Relutância de contacto com amigos e/ou familiares; Confusão mental e/ou desorientação; Agitação; Relato de abuso psicológico.

Tabela 16 - Negligência

Comportamentos do cuidador	Sinais na pessoa idosa
Negar alimentos; Não assegurar cuidados de higiene necessários; Não acautelar acesso ajustado a cuidados de saúde; Não providenciar ajudas técnicas (ex. óculos, próteses aditivas, dentárias); Abandonar a pessoa idosa.	Desnutrição, desidratação; Manifestações de cuidados de higiene deficitários; Uso de vestuário desajustado às condições climatéricas; Úlceras de pressão não tratadas ou em zonas pouco habituais; Ausência ou mau estado de óculos, bengala, andarilho, etc; Presença de problemas médicos e verificação de inexistência ou acesso tardio a cuidados médicos; Ausência de supervisão na toma de medicação quando esta é necessária; Estar sozinho/a; Abandono (no hospital, instituições, etc).

Tabela 17 - Abuso Financeiro

Comportamentos do cuidador	Sinais na pessoa idosa
<p>Desvio de dinheiro e/ou bens; Furto do cartão de cidadão, outros documentos ou correio; Imposição da concessão de direitos legais; Acesso indevido a pensões ou outros apoios sociais; Coação para a assinatura de contratos, procurações e/ou testamentos; Apropriação indevida de partes, ou da habitação; Impedimento do idoso do acesso à sua própria habitação.</p>	<p>Desaparecimento de pertences ou bens; Ausência de comprovativos sobre movimentos financeiros; Notificações judiciais de serviços julgando a pessoa idosa dispor de recursos financeiros suficientes; Transações dúbias de bens financeiros ou materiais; Mudanças de testamentos ou outros documentos sobre bens financeiros; Descoberta de documentos com assinatura falsificada; Ansiedade ao abordar temas sobre bens.</p>

Tabela 18 - Abuso Sexual

Comportamentos do cuidador	Sinais na pessoa idosa
<p>Imposição de conversas de teor sexual e/ou do visionamento de pornografia; Coação para práticas sexuais.</p>	<p>Vestuário manchado ou rasgado; Dificuldade em andar ou permanecer sentado; Dor, prurido, hemorragias, nódulos negros e/ou lesões nas zonas genitais ou anais; Doenças sexualmente transmissíveis; Ansiedade quando uma pessoa em particular auxilia nos cuidados de higiene pessoal; Relatos de abuso sexual.</p>

Tabela 19 - Contactos úteis em caso de violência ou maus-tratos

Contactos úteis
Número Nacional de Emergência (gratuito) - 112
Linha Nacional de Emergência Social (gratuito) - 144
Linha do Cidadão Idoso (disponível das 9:30/17:30 número gratuito) - 800 20 35 31
Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (disponível 24h gratuito) - 800 202 148
APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - www.apav.pt/vd/
CIG - Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género - www.cig.gov.pt
Gabinete Atendimento à Família - Núcleo de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica - http://www.gaf.pt



5.4 Contexto Económico, Financeiro e Social

A prescrição social começa agora a crescer entre os CSP e tem vindo a ganhar cada vez mais importância e interesse por parte dos médicos de família. Neste sentido, apontamos neste capítulo os principais benefícios fiscais que poderão ser aplicados à população idosa.

Prestação Social para a Inclusão

Esta prestação é paga mensalmente a pessoas com deficiência, com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, para promover a sua autonomia e inclusão social. Apresenta um componente base, um complemento e pode ainda ser sujeita a majoração para cobrir encargos específicos resultantes da situação de deficiência (tabela 20).

Tabela 20 - Requisitos para Prestação Social para a Inclusão

Componente Base	<ul style="list-style-type: none"> • Ter residência legal em Portugal; • Deficiência da qual resulte um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, devidamente certificada, ou um grau de incapacidade igual ou superior a 80%, no caso de ser titular de pensão de invalidez; • Pessoas com 55 ou mais anos têm direito a esta prestação desde que comprovadamente a certificação da deficiência (ou o recurso da sua avaliação) tenha sido requerida antes dos 55 anos de idade, ainda que a certificação possa ocorrer posteriormente àquela data.
Complemento	<p>Pessoa com direito à Componente Base com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade igual ou superior a 18 anos; • Em situação de carência ou insuficiência económica; • Não estar institucionalizada, em equipamento social financiado pelo Estado e ou família de acolhimento, em situação de prisão preventiva, nem a cumprir pena de prisão em estabelecimento prisional.

Produtos de Apoio

Os produtos de apoio são qualquer produto especialmente desenvolvido para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitações das atividades e restrições decorrentes de situações de deficiência ou incapacidade.

O Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA), coordenado pelo Instituto Nacional para a Reabilitação, tem em consideração as necessidades e características específicas de cada pessoa, bem como o cumprimento dos normativos e procedimentos estabelecidos legalmente. Destina-se a pessoas com deficiência ou incapacidade temporária que necessitam de produtos de apoio ou que apresentam dificuldades específicas, suscetíveis, em conjunto com os fatores do meio, que podem limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade e inclusão, tendo em consideração o contexto de vida da pessoa.

O processo de financiamento começa com a apresentação da Ficha de Prescrição de Produtos de Apoio, preenchida corretamente por um médico do Centro de Saúde ou por equipas multidisciplinares dos Centros Prescritores Especializados, conforme o modelo em vigor, e dentro da validade de 6 meses, consoante a tipologia do produto de apoio prescrito. O utente deve, então, dirigir-se aos serviços de atendimento presencial da Segurança Social da área de residência e entregar a ficha de prescrição e restante documentação (documento de identificação civil, comprovativo do IBAN, outros documentos relevantes que comprovem a necessidade do produto de apoio, nomeadamente relatórios médicos).

Os produtos de apoio podem ser prescritos pelo Médico de Família através do sistema PEM (tabela 21).

Tabela 21- Produtos de Apoio que podem ser prescritos pelos Cuidados de Saúde Primários

Produtos de Apoio que podem ser prescritos pelos Cuidados de Saúde Primários
Meias anti-edema para braços, pernas e outras partes do corpo
Aparelhos de medicação da tensão arterial (esfingomanómetros)
Arrastadeiras
Termómetros corporais
Balanças para pessoas
Camas com ajuste manual à posição do corpo e cabeceiras e estrados para o colchão, destacáveis
Camas com ajuste motorizado à posição do corpo e cabeceiras com estrados para o colchão, destacáveis
Guardas laterais e barras para levantar fixadas na cama
Produtos de Ostomia

No contexto da dependência

Subsídio por assistência de 3ª pessoa

Esta é uma prestação destinada a compensar as famílias com descendentes a receber abono de família com bonificação por deficiência, que se encontrem em situação de dependência e que necessitem de acompanhamento permanente de uma terceira pessoa.

Complemento por dependência

Esta é uma prestação em dinheiro atribuída aos cidadãos (pensionistas e não pensionistas dos regimes de Segurança Social) que se encontrem em situação de dependência e que precisam de ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana.

Complemento solidário para idosos (CSI)

Este é um apoio em dinheiro pago mensalmente a idosos com baixos recursos. Requer as seguintes condições:

- Idade igual ou superior a 66 anos e 7 meses;
- Residir em Portugal há pelo menos 6 anos seguidos na data em que faz o pedido;
- Ter recursos inferiores ao valor limite do CSI: casal.



Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

Este consiste num documento que comprova o grau de incapacidade física ou mental, permanente ou temporária, de um utente.

Este atestado prevê a atribuição de múltiplos benefícios sociais, fiscais e económicos aos seus detentores, consoante o grau de incapacidade. Os utentes com um grau de incapacidade física ou mental igual ou superior a 60%, com base na Tabela Nacional de Incapacidades, têm direito aos seguintes benefícios:

- Benefícios fiscais no IRS;
- Isenção de taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde;
- Atendimento prioritário;
- Isenção do imposto automóvel até 240€;
- Compra de viatura com isenção de ISV;
- Apoios da segurança social: ajudas técnicas, prestação social para a inclusão, etc;
- Bonificação no crédito à habitação;
- Transporte não urgente de doentes;
- Bolsas de estudo no ensino superior;
- Entre outros.

Estatuto de Maior Acompanhado

O acompanhamento destina-se a todos aqueles que por razões de saúde, deficiência ou fruto do seu comportamento (por exemplo, alcoolismo, toxicodependência, etc.), não podem ou não conseguem, sem apoio, tratar dos assuntos relacionados com a sua vida, sendo o seu objetivo preservar a autonomia de que a pessoa ainda dispõe e, dentro do possível, aumentá-la.

Para solicitar o acompanhamento, a pessoa deve dirigir-se ao Ministério Público, sediado no tribunal cível mais próximo da área de residência, ou recorrer aos serviços de um advogado. Se não tiver meios financeiros para pagar os serviços de um advogado pode, junto dos serviços da segurança social, pedir que lhe seja concedida proteção jurídica.

O acompanhamento pode ser requerido pelo próprio ou com autorização deste pelo cônjuge, pela pessoa com quem viva em união de facto ou por qualquer parente sucessível (por exemplo pais, filhos, irmãos, tios). No caso de situações em que uma pessoa, por motivo de doença ou pelo estado de fragilidade, apesar de necessitar de medidas de acompanhamento, não quer ou não aceita pedi-las, o tribunal pode decidir sem autorização da própria, desde que considere existir fundamento para não exigir essa autorização ou nos casos em que conclua que a pessoa não está em condições de prestar livre e conscientemente a sua autorização. O pedido pode sempre ser formulado pelo Ministério Público ou pelo cônjuge, unido de facto ou qualquer parente sucessível.

Se o próprio não escolher o acompanhante, este será designado pelo tribunal e a escolha pode recair num conjunto alargado de pessoas, nomeadamente, no cônjuge, na pessoa com quem vive em união de facto, num dos filhos maiores, nos avós ou mesmo numa pessoa da instituição que frequente ou onde eventualmente se encontre internado.

5.5 Cuidadores

Em determinadas situações verifica-se que a pessoa idosa, consoante o seu estado de dependência, poderá beneficiar ou encontrar-se sob o cuidado de terceiros. Neste sentido, é importante que o médico de família possa apoiar não só os seus utentes mas também os cuidadores.

Avaliação da Sobrecarga do Cuidador

O papel de cuidador comporta aspetos positivos, como o reforço da relação com a pessoa cuidada e a realização pessoal associada à sensação de “dever cumprido”. Contudo, pode também gerar emoções de tristeza, angústia e solidão, assim como aumentar os níveis de tensão, pela dificuldade de aceitação da existência da doença/dependência e de gestão da sua própria saúde e das esferas social, familiar, profissional e financeira, levando ao aparecimento de níveis elevados de sobrecarga.

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (tabela 22), adaptada e validada para a população portuguesa, permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

É uma escala com 22 itens e cada um é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca (=1); quase nunca (=2); às vezes (=3); muitas vezes (=4) e quase sempre (=5). O score global varia entre 22 e 110, sendo que o maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: inferior a 46 - sem sobrecarga; entre 46 a 56 - sobrecarga ligeira; superior a 56 - sobrecarga intensa.

Tabela 22 - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?
3. Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?
5. Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?
6. Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?
11. Considera que não tem uma vida privada como desejava devido ao seu familiar?
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?
17. Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?



6. Avaliação da Prescrição no Idoso

Introdução

A polimedicação é habitualmente definida como o uso concomitante de cinco ou mais fármacos. Considera-se inadequada quando o risco da sua utilização supera o benefício clínico, caracterizando prescrição desnecessária ou inapropriada.

Portugal apresenta uma das prevalências mais elevadas de polimedicação na Europa, afetando 39,9–51,8% das pessoas mais velhas na comunidade e atingindo 80,8% em contexto institucional. Entre 34,7% e 79,3% destes doentes têm pelo menos um Medicamento Potencialmente Inapropriado (MPI) prescrito, com destaque para as benzodiazepinas e os inibidores da bomba de protões.

As implicações clínicas são relevantes: 9–16% das hospitalizações em pessoas mais velhas estão relacionadas com problemas medicamentosos, sendo a maioria potencialmente prevenível. Importa salientar que 84–88% das pessoas mais velhas mostram-se dispostas a aceitar a desprescrição quando recomendada pelo seu médico, sendo a confiança no profissional o principal factor facilitador.

Prescrição Racional no Idoso

A prescrição farmacológica deve ser um processo que envolve vários passos e não um processo simples e imediato (figura 6).

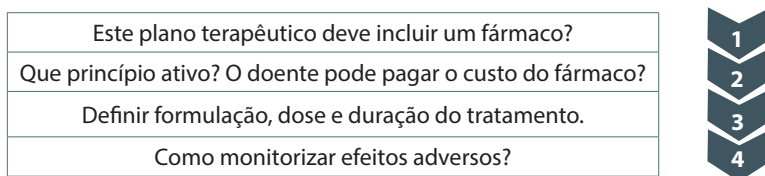


Figura 6 - Prescrição racional no idoso

- Responder com base na **evidência científica** disponível, que no caso da população geriátrica pode ser escassa pois frequentemente os estudos controlados aleatorizados excluem estes doentes.
- **Espírito crítico** perante informação disponibilizada.
- **Simplificar** esquemas posológicos.
- **Revisão da medicação** que o doente está a cumprir, incluindo inaladores, tópicos e produtos não sujeitos a receita médica.

Alterações na farmacocinética e farmacodinâmica do doente idoso aumentam o desafio da prescrição racional!

6.1 Avaliação da Necessidade de Reconciliação Terapêutica

Reconciliação Terapêutica: Processo sistemático de comparação entre os medicamentos que o doente está a tomar (ou deveria estar a tomar) com os medicamentos recentemente prescritos, com o objetivo de identificar e resolver discrepâncias como duplicações, omissões, interações medicamentosas e doses inadequadas, promovendo a adesão à terapêutica e contribuindo para a prevenção de eventos adversos relacionados com medicação.

Quando Realizar a Reconciliação Terapêutica:

A reconciliação terapêutica está primariamente indicada em momentos de transição de cuidados, que representam os pontos de maior risco para discrepâncias medicamentosas:

- Transferências entre serviços ou unidades de cuidados
- Alta hospitalar para a comunidade ou outras instituições
- Consulta após alta hospitalar em cuidados de saúde primários
- Admissão em cuidados continuados integrados
- Consultas após longos intervalos sem contacto clínico ou sempre que há novo prescriptor ou introdução de novo medicamento
- Alterações na medicação introduzidas por qualquer especialidade
- Cirurgia eletiva com necessidade de ajuste da medicação habitual

Em pessoas mais velhas, diversas organizações internacionais recomendam a sua realização em cada consulta, incluindo a revisão de medicamentos prescritos, de venda livre, vitaminas e suplementos.

Beneficiam particularmente da reconciliação as pessoas com idade ≥ 65 anos e polimedicação, múltiplas comorbilidades, admissões agudas através do serviço de urgência, alterações no tratamento oncológico, ou doenças crónicas complexas como insuficiência cardíaca ou diabetes.

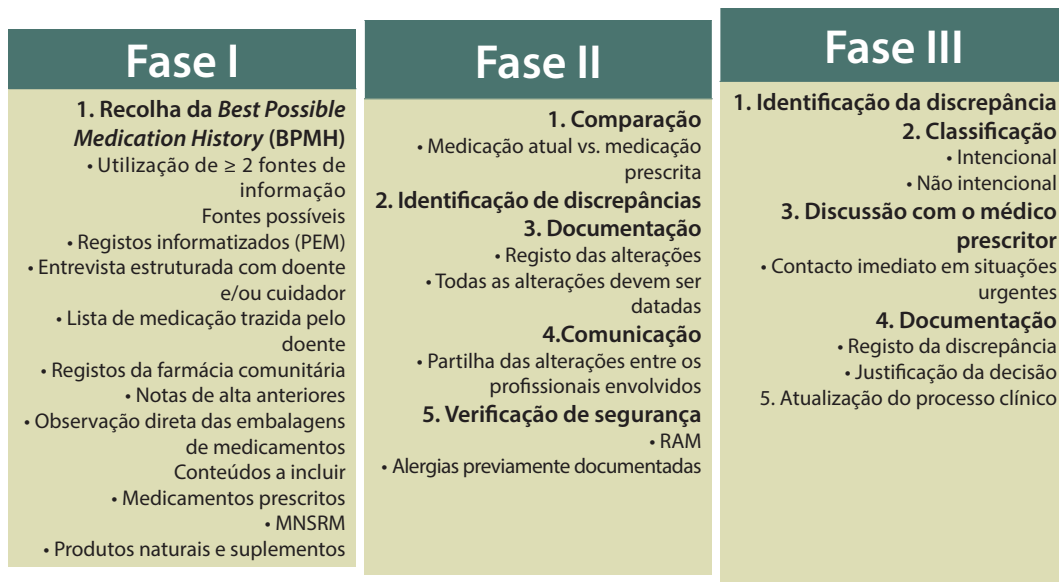


Figura 7 - Processo de reconciliação (adaptado da Norma da DGS nº 018/2016 - Reconciliação da medicação). Legenda: BPMH - Best Possible Medication History (Melhor História Medicamentosa Possível); MNSRM - Medicamentos não sujeitos a receita médica; PEM - Prescrição Eletrónica de Medicamentos; RAM - Reações adversas a medicamentos



6.2 Avaliação da Necessidade de Desprescrição

A desprescrição é um processo de descontinuação de fármacos, supervisionado por profissional de saúde, com o objetivo de gerir a polimedicação, obtendo ganhos em saúde (reduzindo síndromes geriátricas, hospitalizações e mortalidade). A figura 8 representa os idosos que mais beneficiarão com a desprescrição.



Figura 8 - Candidatos à desprescrição

As etapas da desprescrição estão representadas na figura 9.

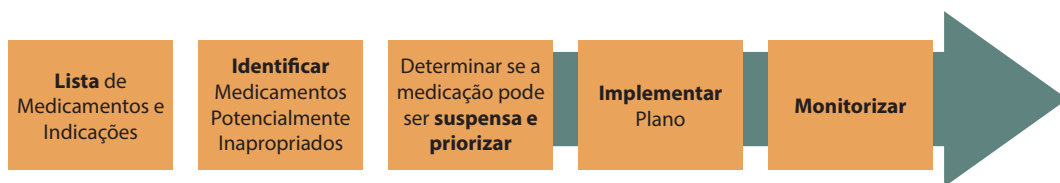


Figura 9 - Etapas da desprescrição

Fase I – Lista de Medicamentos e Indicações

1. Registrar todos os medicamentos
2. Para cada um: dose, frequência, formulação, via de administração e duração do tratamento
3. Avaliar indicação e experiência do idoso com a medicação (efeitos adversos e adesão)

Fase II – Identificar Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI)

MPI: Medicamentos com potencial de causar maior dano do que benefício (figura 10). Frequentemente existe uma alternativa mais segura.



Figura 10 - Medicamentos Potencialmente Inapropriados

A figura 11 apresenta vários exemplos de cascatas de prescrição em que um fármaco é iniciado para tratar o efeito de outro fármaco.

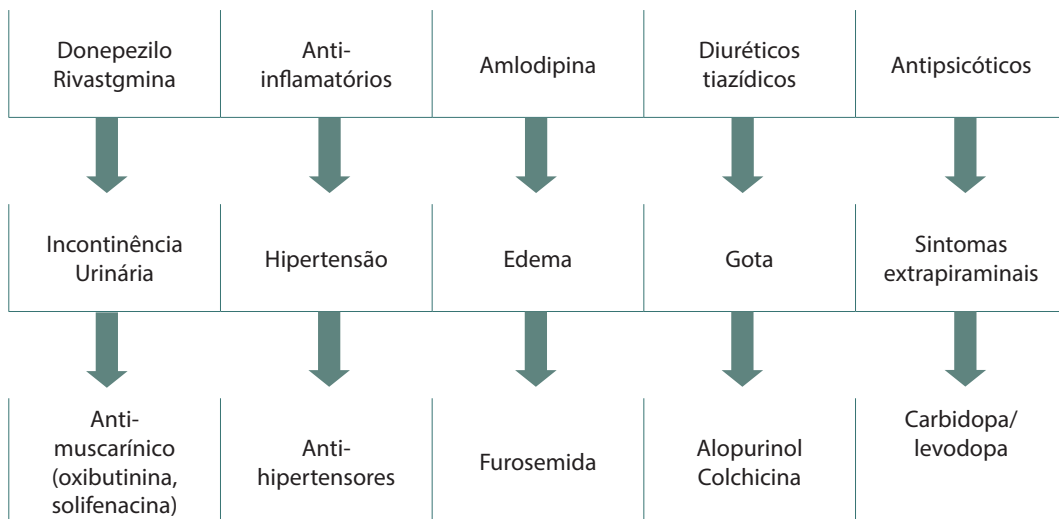


Figura 11 - Exemplos de cascatas de prescrição

Fase III – Estabelecer prioridades

Iniciar processo pelos medicamentos que possam ser mais prejudiciais e que causem mais preocupação ao idoso.

Fase IV – Implementar plano

1. Descontinuar um fármaco de cada vez.
2. Avaliar se paragem pode ser abrupta ou com redução gradual.



Redução gradual: Recomendada se risco de sintomas de abstinência ou preocupação relativamente ao aparecimento ou agravamento da condição clínica que motivou a prescrição.

Algumas classes farmacêuticas que exigem redução gradual são: benzodiazepinas, antipsicóticos, antidepressivos, inibidores da bomba de prótons, antihipertensores e antidiabéticos.

3. Se não for possível cessar a toma, o processo de redução gradual, identifica a dose mínima eficaz, reduzindo o risco de efeitos adversos.

Regras Gerais:

Para a maioria dos medicamentos existe evidência limitada e poucas guidelines sobre como deve decorrer a suspensão de um fármaco.

Se for necessária uma redução gradual da dose, uma possível orientação consiste em reduzir 50% da dose a cada 2-4 semanas, monitorizando a cada redução da dose e após 2-4 semanas de cessação.

Fase V – Monitorizar sintomas de privação ou agravamento clínico (tabela 23)

Tabela 23 - Sintomas resultantes da paragem de várias classes farmacológicas

Classe farmacológica	Sintomas resultantes da paragem
Inibidores da acetilcolinesterase	Agitação, agressividade, alucinações, declínio cognitivo abrupto
Antiepiléticos	Ansiedade, depressão, convulsões
Antidepressivos	Acatisia, ansiedade, tremores, alterações gastrointestinais, cefaleia, insónia, irritabilidade, mialgia
Antiparkinsonianos	Hipotensão, psicose, embolismo pulmonar, rigidez, tremor
Antipsicóticos	Discinésia, insónia, náuseas
Benzodiazepinas	Agitação, ansiedade, confusão, delírio, insónia, convulsões
Betabloqueadores	Angina de peito, ansiedade, hipertensão severa, enfarte do miocárdio, taquicardia
Corticóides	Anorexia, hipotensão, náuseas, fraqueza
Opióides	Cólicas abdominais, ansiedade, diaforese, diarreia, insónia
Inibidores da bomba de prótons	Desconforto gástrico, azia (devido à hiperacidémia <i>rebound</i>)

A importância da comunicação no processo de desprescrição:

1. Sobre objetivos, preferências e experiências relativos à sua medicação de forma a **envolver no processo**;

2. **Discutir sobre “Porquê”** (deve ser parada a medicação) e “Como” (se realiza o desmame e a monitorização);

3. Garantir que a medicação pode ser retomada se necessário
4. Dar a visão que as recomendações estão a ser feitas para otimizar o seu plano terapêutico e não porque o doente “não vale a pena tratar”;
5. **Identificar e ultrapassar receios**, mitos e resistência à paragem da medicação (resistência em parar um fármaco que foi prescrito “para toda a vida”; receio de reaparecer a doença, dos sintomas de abstinência, etc.);
6. Partilhar com outros profissionais de saúde a decisão e plano de desprescrição.

Mais informações

1. *American Geriatrics Society Beers Criteria* <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.18372>
2. *Screening Tool for Older Person´s Prescriptions (STOPP/START Screening Tool)* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10447584/pdf/41999_2023_Article_777.pdf
3. *EU - PIM List* <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/13618/6195>

A figura 12 representa uma sugestão de algoritmo para a desprescrição

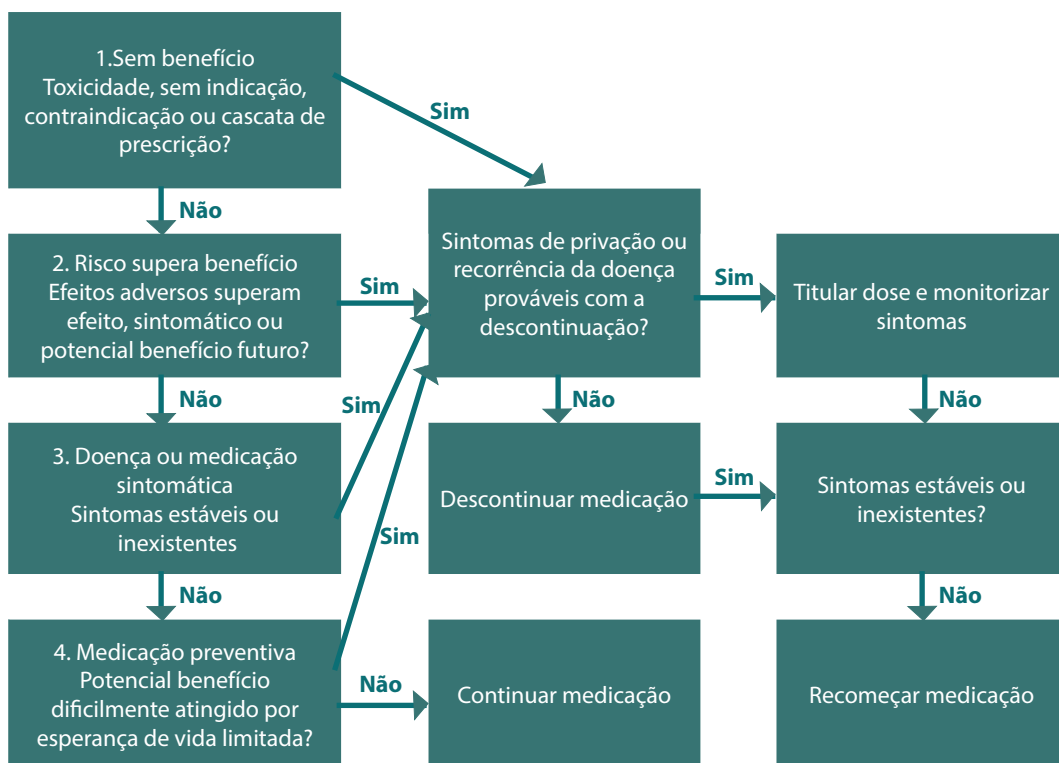


Figura 12 - Algoritmo de desprescrição (adaptado de Scott IA, et al)



6.3 Avaliação de Interações Farmacológicas

As interações medicamentosas constituem um problema clínico significativo nesta população, amplificado pela elevada prevalência de polimedicação, pelas alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas do envelhecimento e pela presença de múltiplas comorbilidades. As suas consequências incluem eventos adversos, diminuição da eficácia terapêutica, hospitalizações e aumento da morbimortalidade.

As interações clinicamente significativas envolvem predominantemente:

- Fármacos cardiovasculares: IECA com diuréticos poupadores de potássio, amiodarona-digoxina, amiodarona-varfarina, aspirina-varfarina;
- Fármacos do sistema nervoso central: uso concomitante de ≥ 3 fármacos com ação no SNC (interação mais prevalente em estruturas residenciais para idosos);
- Antitrombóticos e anticoagulantes;
- Antidepressivos e antipsicóticos;
- Anticolinérgicos: a combinação de dois ou mais fármacos com propriedades anticolinérgicas eleva de forma cumulativa o risco de delírium, declínio cognitivo e hospitalização por confusão ou demência. Outros efeitos adversos incluem quedas, retenção urinária, obstipação, boca seca, visão turva, taquicardia, agravamento de morbidade, institucionalização e aumento da mortalidade;
- Inibidores da bomba de prótons: especialmente com clopidogrel (interação categoria X mais frequente).

Ferramentas de apoio

Drugs.com Interactions Checker https://www.drugs.com/drug_interactions.html

Medscape Drug Interaction Checker <https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>

Clinical Checker Simposium (inscrição gratuita, em português) <https://www.simpodium.pt/>

Anticholinergic Burden Calculator <https://www.acbcalc.com/>

7. Avaliação das Preferências do Idoso e Espiritualidade

7.1 Diretivas Antecipadas de Vontade

Definição:

As diretivas antecipadas de vontade (DAV), designadamente sob a forma de testamento vital (TV), são um documento no qual a pessoa manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, relativamente aos cuidados de saúde que deseja ou não receber, caso se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal. As DAV são formalizadas através de documento escrito (tabela 24), assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) ou notário.

Requisitos:

- Ser maior de idade;
- Ser capaz de dar consentimento consciente, livre e esclarecido;
- O outorgante pode recorrer à colaboração de um médico para a elaboração do documento;
- Qualquer pessoa pode nomear um procurador de cuidados de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber ou não, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

Inexistência jurídica:

Não produzem qualquer efeito as DAV:

- que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas;
- se o seu cumprimento puder provocar deliberadamente a morte não natural e evitável;
- no caso em que o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade.

Limites:

- O documento é eficaz por um prazo de 5 anos a contar da sua assinatura.
- O prazo é sucessivamente renovável mediante declaração de confirmação.
- O documento é revogável ou modificável em qualquer momento pelo seu autor.

As DAV não devem ser respeitadas quando:

- se comprove que o outorgante não desejaria mantê-las;
- se verifique evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado;
- não correspondam às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura.

O outorgante pode, a qualquer momento e através de simples declaração oral ao responsável pela prestação de cuidados de saúde, modificar ou revogar o seu documento de DAV.

É assegurado aos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde ao outorgante o direito à objeção de consciência quando solicitados para o cumprimento do disposto no documento de DAV. No entanto, os estabelecimentos de saúde devem providenciar garantia do cumprimento do documento, quer através da cooperação com outros estabelecimentos de saúde ou com profissionais de saúde legalmente habilitados.

Tabela 24 - Disposições que podem constar no documento de DAV

Disposições que podem constar do documento de DAV
Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais.
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.
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
Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental.
Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

Registo e consulta:

O RENTEV foi criado com a finalidade de rececionar, registar, organizar e manter atualizada a informação e documentação relativas aos documentos de DAV e à procuração de cuidados de saúde.

Para proceder ao registo das DAV e/ou procuração dos cuidados de saúde, o outorgante pode apresentar presencialmente o respetivo documento no RENTEV ou enviá-lo por correio registado. Os funcionários do RENTEV encontram-se na sede das Unidades Locais de Saúde (ULS). O RENTEV informa por escrito da conclusão do processo de registo do documento, enviando a cópia respetiva. O Registo de Saúde Eletrónico (RSE) permite a consulta da informação descrita na DAV.



7.2 Espiritualidade

Introdução:

A espiritualidade faz parte da experiência humana e tem impacto na forma como os indivíduos lidam com a sua doença e valorizam os seus problemas. A espiritualidade também influencia a forma como nos relacionamos uns com os outros e connosco próprios.

Definir espiritualidade nem sempre é uma tarefa fácil. Quando falamos em espiritualidade referimo-nos a crenças, comportamentos, valores, religião, cultura, entre outros. A espiritualidade pode ser definida como “o aspeto da humanidade que se refere à forma como os indivíduos procuram e expressam significado e propósito, e à forma como vivenciam a sua conexão com o momento presente, consigo próprios, com os outros, com a natureza e com o que é significativo ou sagrado”.

A vivência da espiritualidade é única para cada indivíduo e pode definir a forma como estes encaram determinado problema ao longo da vida. A abordagem da espiritualidade com o utente deve sempre ser feita de forma respeitosa e focada na vivência da espiritualidade do utente e não do clínico. O médico deve estar recetivo às múltiplas vivências da espiritualidade e crenças que os seus utentes podem apresentar.

Instrumento de avaliação:

Apesar de importante para a qualidade de vida do utente, nem sempre é fácil para o médico abordar a espiritualidade do idoso na consulta. O questionário HOPE é uma acrónimo que permite facilitar a introdução e a colheita de informação sobre esta temática. Os conceitos do HOPE para discussão com o utente são os seguintes:

H - fontes de esperança, força, conforto, significado, paz, amor e conexão (*Hope*);

O - o papel da religião organizada para o paciente (*organized religion*);

P - espiritualidade e práticas pessoais (*personal spirituality and practices*);

E - efeitos sobre os cuidados médicos e decisões de fim de vida (*Effects on medical care and end-of-life issues*).

Bibliografia

Avaliação Física

1. Veríssimo MT. Geriatria fundamental. Lisboa: Lidel; 2014.
2. Araújo Carvalho S. Suspeita de degeneração macular relacionada com a idade, insuficiência de convergência e adaptação de lentes de contacto hidrófilas tóricas [dissertação]. 2014.
3. Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Alimentação no ciclo de vida: alimentação na pessoa idosa. Coleção e-books APN nº 31 [Internet]. Lisboa: APN; 2013 [consultado 2023 Feb 19]. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Alimentacao_Ciclo_de_Vida_Idoso.pdf
4. Secção Portuguesa de Uroginecologia. Consenso nacional sobre uroginecologia 2021. 2ª ed.
5. Gospell M, et al. Urinary incontinence in the elderly. Dtsch Arztebl Int. 2010 Jul;107(30):531-536.
6. Associação Portuguesa dos Nutricionistas, Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. Hidratação no ciclo de vida: hidratação na pessoa idosa. Coleção e-books APN [Internet]. Lisboa: APN [consultado 2023 Feb 19]. Disponível em: https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_HidracaoNoCiclodeVida_HidracaoNaPessoaldosa.pdf
7. Direção-Geral da Saúde. Novo coronavírus COVID-19: alimentação – orientações na área da alimentação. Lisboa: DGS; 2020 Mar.
8. Pasricha T, Staller K. Fecal incontinence in the elderly. Clin Geriatr Med. 2021 Feb;37(1):71-83.
9. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Estado nutricional [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde [consultado 2023 Feb 19]. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-em-numeros/estado-nutricional>
10. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas: saúde oral das pessoas idosas. Lisboa: DGS.
11. Tamanini JT, et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF). Rev Saude Publica. 2004;38(3):438-444.
12. Tatum PE, et al. Geriatric assessment: an office-based approach. Am Fam Physician. 2018 Jun 15;97(12):776-784.
13. Volkert D, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38:10-47.
14. Wallace MA. Assessment of sexual health in older adults: using the PLISSIT model to talk about sex. Am J Nurs. 2008 Jul;108(7):52-60.
15. Guerra MJ, et al. Validación para la población portuguesa de la “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form” (ICIQ-UI SF). Enferm Glob. 2023;22(3):479-511.
16. Mendes J, Borges N, Santos A, Padrão P, Moreira P, Afonso C, Negrão R, Amaral TF. Nutritional status and gait speed in a nationwide population-based sample of older adults. Sci Rep. 2018 Mar 9;8(1):4227.

Avaliação da Funcionalidade e Marcha

1. Veríssimo MT. Geriatria fundamental: saber e praticar. Lisboa: Lidel; 2014.
2. Duque AS, Gruner H, Clara J, et al. Avaliação geriátrica. Lisboa: Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI).
3. Tatum PE, Talebreza S, Ross J. Geriatric assessment: an office-based approach. Am Fam Physician. 2018 Jun 15;97(12).

Avaliação Psicológica

Avaliação da Função Cognitiva

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
2. Screening for cognitive impairment in older adults: recommendation statement. Am Fam Physician. 2020 Jun 15;101(12):746-748.
3. Larson EB. Evaluation of cognitive impairment and dementia. In: Post TW, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [consultado 2020 Nov 14].
4. Lin JS, O'Connor E, Rossom RC, Perdue LA, Eckstrom E. Screening for cognitive impairment in older adults: a



systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2013 Oct 1;159(7):601-612.

5. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2001 May 8;56(9):1143-1153.

6. Mendez MF. Mental status scales to evaluate cognition. In: Post TW, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [consultado 2020 Nov 14].

7. Tsoi KKF, Chan JYC, Hirai HW, Wong SYS, Kwok TCY. Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2015 Sep;175(9):1450-1458.

8. Mendonça A, Guerreiro M, coordinators. Escalas e testes na demência. 2ª ed. Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência; 2008.

9. Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Rev Port Neurol.* 1994;1:9-10.

10. Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. The relevance of sociodemographic and health variables on MMSE normative data. *Appl Neuropsychol Adult.* 2015 Jul;22(4):311-319.

11. Santana I, Duro D, Lemos R, Costa V, Pereira M, Simões MR, et al. Mini-Mental State Examination: avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Acta Med Port.* 2016 Apr;29(4):240-248.

Avaliação do Humor

1. Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, Pollock BG, Potter JF, Semla TP, editors. *Geriatrics at your fingertips 2022*. New York: American Geriatrics Society; 2022. Anxiety; p. 193-198. Depression; p. 199-206.

2. Tatum PE III, Olney NT, Espinoza RT, et al. Geriatric assessment: an office-based approach. *Am Fam Physician.* 2018 Jun 15;97(12):776-784.

3. Veríssimo MT. *Geriatría fundamental: saber e praticar*. Lisboa: Lidel; 2014.

4. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes [Internet]. Madrid: International Marketing & Communication SA; [consultado 2023 Feb 19]. Disponível em: <https://www.segg.es/tratado-geriatria/main.html>

Avaliação do Sono

1. Feinsilver SH. Causes of impaired sleep, including sleep apnea, in older adults [Internet]. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate; [consultado 2023 Feb 19]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-impaired-sleep-including-sleep-apnea-in-older-adults>

2. Cobb E, Duthie E, Murphy JB. *Geriatrics review syllabus: a core curriculum in geriatric medicine*. 11th ed. New York: American Geriatrics Society; 2018. Disponível em: <https://geriatricscareonline.org/toc/geriatrics-review-syllabus-11th-edition-online-print/COL011>

Avaliação dos Hábitos Tabágicos, Alcoólicos e Outros

1. Cobb E, Duthie MD, Murphy JB. Addictions. In: American Geriatrics Society. *Geriatrics review syllabus*. 11th ed. New York: American Geriatrics Society; 2021.

2. Reuben DB, Herr KA, Pacala JT, Pollock BG, Potter JF, Semla TP, editors. *Geriatrics at your fingertips 2022*. New York: American Geriatrics Society; 2022. Sleep disorders; p. 185-192.

3. Vicente A, Veríssimo M. Alcoolismo nos idosos. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2012 Mar.

4. Firmino H, Simões M, Cerejeira J. Saúde mental das pessoas mais velhas. Lisboa: Bial; Lidel; 2016. p. 215-225.

Avaliação Socioeconómica

1. Rebelo L. A família em medicina geral e familiar: conceitos e práticas. Lisboa: Lidel; 2011.

2. Gabinete de Apoio à Família. Violência – idosos [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.gaf.pt/pt/recursos/violencia/idosos>

3. Segurança Social. Cuidadores informais [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal>

4. Segurança Social. Subsídio de apoio ao cuidador informal [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/subsidio-de-apoio-ao-cuidador-informal-principal>

5. Ricarte LF. Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho da Ribeira Grande [dis-

sertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2009.

6. Instituto da Segurança Social, IP. Guia prático – prestação social para a inclusão: componente base e complemento (8003 – v1.15) [Internet]. Lisboa: Instituto da Segurança Social; 2022 Oct [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/14948/8003_Presta_Social_inclusao/99bd44c9-637e-4816-b19e-b914e6e70314

7. Segurança Social. Produtos de apoio para pessoas com deficiência ou incapacidade [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/produtos-de-apoio-para-pessoas-com-deficiencia-ou-incapacidade>

8. Segurança Social. Subsídio por assistência de terceira pessoa [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/subsidio-por-assistencia-de-3-pessoa>

9. Segurança Social. Complemento por dependência [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/complemento-por-dependencia>

10. Segurança Social. Complemento solidário para idosos [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/complemento-solidario-para-idosos>

11. Serviço Nacional de Saúde. Pedir o atestado médico de incapacidade multiuso [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/servico/pedir-o-atestado-medico-de-incapacidade-multiuso>

12. Ministério da Justiça. Guia do maior acompanhado [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://justica.gov.pt/Guias/guia-do-maior-acompanhado>

13. Brian K, et al. The home visit. *Am Fam Physician*. 1999;59(8):2091-2096.

14. AARP Livable Communities. The HomeFit guide [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.aarp.org/livable-communities/housing/info-2020/homefit-spanish.html>

15. AARP Livable Communities. The HomeFit guide worksheets [Internet]. [consultado 2023 Feb 22]. Disponível em: <https://www.aarp.org/content/d>

Avaliação da Prescrição no Idoso

1. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy management in older patients. *Mayo Clin Proc*. 2021;96(1):242-256.

2. Johnston MC, Crilly M, Black C, Prescott GJ, Mercer SW. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *Eur J Public Health*. 2019;29(1):182-189

3. Midão L, Giardini A, Menditto E, Kardas P, Costa E. Polypharmacy prevalence among older adults based on the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;78:213-220.

4. Bonanno EG, Figueiredo T, Mimoso IF, et al. Polypharmacy prevalence among older adults based on the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: an update. *J Clin Med*. 2025;14(4):1330.

5. Caçador C, Teixeira-Lemos E, Oliveira J, et al. The prevalence of polypharmacy and potentially inappropriate medications and its relationship with cognitive status in Portuguese institutionalized older adults: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5):2637.

6. Rodrigues DA, Plácido AI, Tavares AB, Azevedo D, Mateos-Campos R, Figueiras A, et al. Potentially inappropriate medication prescribing in older adults according to EU(7)-PIM list: a nationwide study in Portugal. *Curr Ther Res*. 2022;97:100681.

7. Renom-Guiteras A, et al. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol*. 2015.

8. Kalisch LM, Caughey GE, Barratt JD, et al. Prevalence of preventable medication-related hospitalizations in Australia: an opportunity to reduce harm. *Int J Qual Health Care*. 2012;24(3):239-249.

9. Cosgrave N, Frydenlund J, Beirne F, et al. Hospital admissions due to adverse drug reactions and adverse drug events in older adults: a systematic review. *Age Ageing*. 2025;54(8):afaf231.

10. Reeve E, et al. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;78:738-747.

11. Reeve E, Wolff JL, Skehan M, et al. Assessment of attitudes toward deprescribing in older Medicare beneficiaries in the United States. *JAMA Intern Med*. 2018;178(12):1673-1680.

12. Lundby C, Glans P, Simonsen T, et al. Attitudes towards deprescribing: the perspectives of geriatric patients and nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(6):1508-1518.

13. Vidonsky Lüthold R, Jungo KT, Weir KR, et al. Older adults' attitudes toward deprescribing in 14



countries. *JAMA Netw Open*. 2025;8(2):e2457498.

14. Scott IA, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 2015;175:827-834.

15. Steinman MA. Deprescribing. UpToDate. 2021.

16. The Joint Commission. National Patient Safety Goals effective January 2026. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission; 2026.

17. Page RL, O'Bryant CL, Cheng D, et al. Drugs that may cause or exacerbate heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2016;134(6):e32-69.

18. Anrys P, Petit AE, Thevelin S, et al. An international consensus list of potentially clinically significant drug-drug interactions in older people. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(10):2121-2133.e24.

19. Hughes JE, Waldron C, Bennett KE, Cahir C. Prevalence of drug-drug interactions in older community-dwelling individuals: a systematic review and meta-analysis. *Drugs Aging*. 2023;40(2):117-134.

20. Merel SE, Paauw DS. Common drug side effects and drug-drug interactions in elderly adults in primary care. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1578-1585.

21. Collamati A, Martone AM, Poscia A, et al. Anticholinergic drugs and negative outcomes in the older population: from biological plausibility to clinical evidence. *Aging Clin Exp Res*. 2016;28(1):25-35.

22. Gray SL, Anderson ML, Dublin S, et al. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. *JAMA Intern Med*. 2015;175(3):401-407.

23. Taylor-Rowan M, Kraia O, Koliopoulou C, et al. Anticholinergic burden for prediction of cognitive decline or neuropsychiatric symptoms in older adults with mild cognitive impairment or dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;8:CD015196.

24. Petrovic M, O'Mahony D, Cherubini A. Inappropriate prescribing: hazards and solutions. *Age Ageing*. 2022;51(2):afab269.

25. Drenth-van Maanen AC, Wilting I, Jansen PAF. Prescribing medicines to older people—how to consider the impact of ageing on human organ and body functions. *Br J Clin Pharmacol*. 2020;86(10):1921-1930.

26. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 018/2016: Reconciliação da medicação. Lisboa: DGS; 2016. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/reconciliacao-da-medicao.pdf>

Avaliação das Preferências do Idoso e Espiritualidade

DAV

1. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). RENTEV – Registo Nacional de Testamento Vital [Internet]. Lisboa: SPMS; 2014 [consultado 2023 Feb 19]. Disponível em: https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2014/06/Rentev_form_v0.4.12.pdf

2. Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde. *Diário da República*. 2012 Jul 16;1ª série(136). Alterada pela Lei n.º 49/2018.

3. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), Direção-Geral da Saúde (DGS). Circular Informativa n.º 05/2014: RENTEV – Registo Nacional de Testamento Vital. Lisboa: SPMS; 2014 Jun 24.

Espiritualidade

1. UpToDate. Overview of spirituality in palliative care [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; [consultado 2023 Feb 19]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-spirituality-in-palliative-care>

2. Stephenson PS, Berry DM. Describing spirituality at the end of life. *J Hosp Palliat Nurs*. 2014;16(5):288-296.

3. Steinhauser KE, Voils CI, Clipp EC, Bosworth HB, Christakis NA, Tulsky JA. "Are you at peace?" One item to probe spiritual concerns at the end of life. *Arch Intern Med*. 2006;166(1):101-105.

4. Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorra R, Nacif SAP. Spirituality in clinical practice: what should the general practitioner know? *J Eval Clin Pract*. 2012;18(2):345-353.

5. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician*. 2001;63(1):81-89.



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

GESI

Grupo de Estudos de Saúde do Idoso da APMGF