

Orestes Vicente Forlenza
Márcia Radanovic
Florindo Stella

NEUROPSIQUIATRIA GERIÁTRICA

3ª EDIÇÃO



NEUROPSIQUIATRIA GERIÁTRICA

3ª EDIÇÃO

Orestes Vicente Forlenza
Márcia Radanovic
Florindo Stella

NEUROPSIQUIATRIA GERIÁTRICA

3ª EDIÇÃO



Rio de Janeiro • São Paulo
2024

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13º andar
Conjunto 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

CAPA: Paulo Verardo

PRODUÇÃO EDITORIAL: Know-How Editorial

NOTA: Livro premiado na categoria "Ciências Naturais e Saúde" - 65º Prêmio Jabuti 2001

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

N414
3. ed.

Neuropsiquiatria geriátrica / editores Orestes Vicente Forlenza, Márcia Radanovic, Florindo Stella. - 3. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2023.
il. ; 28 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-774-9

1. Neuropsiquiatria geriátrica. I. Forlenza, Orestes Vicente. II. Radanovic, Márcia. II. Stella, Florindo.

23-85916

CDD: 618.9768
CDU: 616.89-053.9



Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

31/08/2023 08/09/2023

Forlenza OV, Radanovic M, Stella F.
Neuropsiquiatria Geriátrica – 3ª Edição

Editores

ORESTES VICENTE FORLENZA

Professor Titular e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenador do Serviço de Psicogeriatría do Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP).

MÁRCIA RADANOVIC

Neurologista. Mestre e Doutora em Neurologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pós-Doutorada em Psiquiatria pela FMUSP. Pesquisadora do Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP).

FLORINDO STELLA

Professor Visitante do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pesquisador do Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP). Professor Livre-Docente do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Campus de Rio Claro (SP).



Colaboradores

ADRIANA GISELE HERTZOG DA SILVA LEME

Nutricionista. Graduada em Nutrição pela Universidade Paulista (Unip). Mestre e Doutora em Ciência dos Alimentos pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo (USP). *Master of Science* em Nutrição Clínica pela New York University (NYU). Certificação de Registered Dietitian pela Commission on Dietetic Registration (CDR).

ALEXANDRA MARTINI DE OLIVEIRA

Graduada em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Mestre e Doutora em Ciências pela FMUSP. Especialista em Reabilitação Cognitiva Funcional em Neuropsiquiatria e no Método TAP para Demência (*Tailored Activity Program*) pelo Johns Hopkins University School, Baltimore (EUA). Docente da Faculdade Paulista de Ciências da Saúde (FPCS). Pesquisadora e Colaboradora dos Grupos de Psicogeriatria e Psicose do Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HG-FMUSP).

ALINE DE SOUZA GONÇALVES GOMES DA CONCEIÇÃO

Fisioterapeuta. Especialista em Traumatologia e Ortopedia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp). Especialista em Gerontologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Mestre pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HG-FMUSP).

ANA GABRIELA HOUNIE

Psiquiatra. Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pesquisadora e Colaboradora do Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (Protoc) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da FMUSP (IPq/HG-FMUSP).

ANDRÉ RUSSOWSKY BRUNONI

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

ANDREA STINGELIN FORLENZA

Farmacêutica-Bioquímica pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo (USP). Nutricionista pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Pós-Graduada em Nutrição Clínica Funcional e Fitoterapia Aplicada à Nutrição pela Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul); Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); e Farmácia Estética pela Faculdade Ibeco. Sócia-Diretora da Nutravie Consultoria e Educação Nutricional.

ANNY DE MATTOS BARROSO MACIEL

Psiquiatra do Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HG-FMUSP). Graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Médica Colaboradora no Programa de Esquizofrenia da Universidade Federal de São Paulo (Proesp-Unifesp).

ARIELLA FORNACHARI RIBEIRO BELAN

Fonoaudióloga pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Doutora em Ciências na área de Neurologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pós-Doutorado em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Especialista em Neurolinguística pela FMUSP. Professora Convidada dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação nas áreas de Fonoaudiologia e Neuropsicologia.

BIANCA SILVA PINTO

Psicóloga com formação em Neuropsicologia pelo Departamento de Neurologia do Centro de Estudos de Neurologia Prof. Dr. Antônio Branco Lefèvre do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Doutoranda em Psiquiatria pelo Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HG-FMUSP). Pesquisadora no Serviço Interdisciplinar de Neuromodulação (SIN) do IPq/HG-FMUSP.

CAMILA TRUZZI PENTEADO

Psiquiatra pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp). Psicogeriatra pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HG-FMUSP). Pesquisadora e Colaboradora do Grupo de Demências do Laboratório de Neurociências do IPq/HG-FMUSP. Docente da Disciplina de Psiquiatria do Curso de Medicina da Faculdade São Leopoldo Mandic, Campinas (SP).

CAMILA SANTOS CECHI

Neuropsicóloga. Mestre pelo Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pós-Graduada em Avaliação Psicológica e Neuropsicológica pelo Hospital das Clínicas da FMUSP (HG-FMUSP). Coordenadora

da Especialização em Neuropsicologia com formação em Reabilitação Cognitiva pela Escola de Educação Permanente do HC-FMUSP (EEP/HG-FMUSP), do Núcleo de Estudos Prof. Dr. Fernando Campos Gomes Pinto, da Escola de Neuropsicologia EAD, da equipe de Neuropsicologia do Grupo de Hidrodinâmica Cerebral do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP (IPq/HG-FMUSP) e do Grupo de Hidrodinâmica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP). Neuropsicóloga da Clínica de Neurocirurgia Prof. Dr. Fernando Campos Gomes Pinto.

CAMILA VIEIRA LIGO TEIXEIRA

Bacharelado e Licenciatura em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Mestrado em Ciências da Motricidade pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Doutora em Ciências Médicas, área Neurologia, pela Unicamp.

CARMITA HELENA NAJJAR ABDO

Psiquiatra. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HG-FMUSP).

CECÍLIA GALETTI

Psicóloga pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Mestre em Jogo Patológico pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HG-FMUSP). Especialista em Gerontologia e em Avaliação Neuropsicológica pelo Centro Nacional de Cursos de Especialização (Cenaces).

CLÁUDIA LOPES CARVALHO

Fonoaudióloga. Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Ambulatório de Envelhecimento e Síndrome de Down do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HG-FMUSP).

CLÁUDIA SELLITTO PORTO

Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Membro do Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento (GNCC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

DANIEL LUCAS DA CONCEIÇÃO COSTA

Psiquiatra. Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médico Assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HG-FMUSP).

DANIELLE ALBANI COELHO

Graduação pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). Residência em Psiquiatria pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Centro de Psicologia Aplicada e Formação (CPAF-RJ). Residência Médica em Psicoterapia com ênfase em Álcool e outras Drogas pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Especialista em Neuropsiquiatria Geriátrica pelo IPUB/UFRJ. Mestre pelo IPUB/UFRJ.

EDUARDO MARTINHO JUNIOR

Doutor em Psiquiatria pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenador e Cofundador do Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e das Emoções (Adre) do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (Sepia-IPq/HC-FMUSP). Treinador Oficial de *Good Psychiatric Management* pelo Gunderson Personality Disorders Institute do McLean Hospital Harvard Medical School. Mentor em Terapia Comportamental Dialética pela Behavioral Tech do Instituto Marsha Linehan. Colaborador de Pesquisa do McLean Hospital Harvard Medical School.

EMERSON SEBASTIÃO

Licenciatura Plena em Educação Física. Mestre em Ciências pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Doutor em Cinesiologia pela University of Illinois Urbana-Champaign (EUA). Pós-Doutorado na área de Ciências da Reabilitação junto ao Exercise Neuroscience Research Laboratory – Department of Kinesiology and Community Health, University of Illinois Urbana-Champaign (EUA). Professor Assistente do Department of Kinesiology and Physical Education na Northern Illinois University (EUA), onde também é Diretor do Health and Exercise Research Group e Codiretor do Dr. Joan Popp Motor Behavior Laboratory.

FABIO TAPIA SALZANO

Psiquiatra. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Residência Médica em Psiquiatria pelo Hospital das Clínicas da FMUSP (HC-FMUSP). Vice-Coordenador do Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP).

FERNANDO CAMPOS GOMES PINTO

Professor Livre-Docente de Neurocirurgia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Chefe do Grupo de Hidrodinâmica Cerebral do HC-FMUSP.

GABRIEL TARICANI KUBOTA

Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Residência Médica em Neurologia e em Dor pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Doutorando em Neurologia pelo HC-FMUSP. Especialista em Neurologia pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN). Coordenador dos Programas de Complementação Especializada em Dor e Cefaleia do HC-FMUSP. Coordenador do Centro de Dor do Departamento de Neurologia do HC-FMUSP e Membro do Grupo de Cefaleia.

GLENDA DIAS DOS SANTOS

Gerontóloga. Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Especialista em Neuropsicologia com formação em Reabilitação Cognitiva pela Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (EEP/HC-FMUSP). Atua há mais de 10 anos com idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. Atua em projetos relacionados à Política da Pessoa Idosa no Hospital do Coração de São Paulo (HCor/SP) junto ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS).

GRAZIELE COSTA SANTOS

Neurologista. Especialista pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN). *Fellow* do setor de Transtornos do Movimento da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

HENRIQUE BALLALAI FERRAZ

Livre-Docente. Professor Adjunto da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Chefe do Setor de Transtornos do Movimento da Disciplina de Neurologia da EPM-Unifesp.

HERMANO TAVARES

Graduado pela Universidade de São Paulo (FMUSP). Residência Médica em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP). Doutorado em Psiquiatria pela USP. Pós-Doutorado em Jogo Patológico pela Universidade de Calgary e em Psicofarmacologia pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). Bolsista Universal pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Professor Livre-Docente e Associado da FMUSP. Docente do Departamento de Psiquiatria em Atenção Primária. Fundador e Coordenador do Programa Ambulatorial do Jogo Patológico (PRO-AMJO), do Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-Ami) e do Programa de Psiquiatria e Saúde Mental Comunitária (PRO-Psicom) do IPq/HC-FMUSP.

ÍTALO KARMANN AVENTURATO

Graduado pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Residência Médica em Neurologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Pesquisador do Laboratório de Neuroimagem do Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

JERUSA SMID

Neurologista. Doutora em Ciências pelo Programa de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Especialista em Neurologia Cognitiva e do Comportamento pela FMUSP. Atua no Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento (GNCC) do Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da FMUSP, no Instituto de Infectologia Emílio Ribas e no Grupo Médico Assistencial de Memória e Distúrbios Cognitivos do Hospital Israelita Albert Einstein.

JOÃO VICTOR VALINHO

Neurologista. Especialista em Medicina do Sono. Coordenador do Ambulatório de Sono do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ason-IPq/HC-FMUSP) e do Ambulatório do Sono da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

JOSÉ GALLUCCI NETO

Psiquiatra pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Mestre em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Diretor dos Serviços de ECT e Vídeo-EEG e Supervisor do Programa de Neuropsiquiatria do IPq/HC-FMUSP. *Fellow* em ECT pela Columbia University, Nova York (EUA).

JÚLIA CUNHA LOUREIRO

Psiquiatra. Graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp). Residência em Psiquiatria e Especialização em Psiquiatria Geriátrica pela Unicamp. Doutoranda e Pesquisadora do Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP).

JULIANA BELO DINIZ

Psiquiatra. Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pesquisadora do Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (Protoc) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP).

LEANDRO DA COSTA LANE VALIENGO

Doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médico do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Coordenador do Ambulatório de Psicogeriatría do Laboratório de Neurociências do IPq/HC-FMUSP.

LEDA LEME TALIB

Bacharel em Farmácia e Bioquímica pelo Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto (FHO/Uniararas). Mestre e Doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pós-Doutoranda e Pesquisadora no Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP).

LEONARDO CRUZ DE SOUZA

Neurologista. Doutor em Neurociências pela Université de Paris. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia (ABN).

LEONEL TADAO TAKADA

Neurologista. Doutor em Ciências pelo Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médico Assistente do Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento (GNCC) do Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

LETÍCIA LESSA MANSUR (IN MEMORIAM)

Livre-Docente. Professora Associada do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

LIVEA CARLA FIDALGO GARCEZ SANT'ANA

Psicóloga. Graduada pela Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Especialista em Neuropsicologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Mestranda do Programa de Psiquiatria no Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP) em coparticipação com a Instituição Jô Clemente (antiga APAE de São Paulo). Colaboradora no Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA), no Laboratório de Neurociências e no Ambulatório de Envelhecimento e Síndrome de Down do IPq/HC-FMUSP.

LUANA DONGUE MARTINEZ

Graduada pelas Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA). Residência Médica em Psiquiatria junto ao Instituto Bairral de Psiquiatria e em Psicogeriatría pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP).

LUÍS OTÁVIO SALES FERREIRA CABOCLLO

Neurologista e Neurofisiologista Clínico. Doutor em Neurologia e Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor Assistente de Neurologia da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. Coordenador do Setor de Neurofisiologia Clínica do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo.

LUIZ FERNANDO DE ALMEIDA LIMA E SILVA

Psiquiatra. Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp). Coordenador dos Serviços de Emergências Psiquiátricas na Unidade de Emergência Referenciada do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UER/HC-Unicamp), Psiquiatria Geriátrica e Neuropsiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp. Pesquisador no Laboratório de Neurociências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP).

MARCELA LIMA SILAGI DE SIQUEIRA

Fonoaudióloga pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Pós-Graduada pelo Programa de Aprimoramento Profissional de Fonoaudiologia em Neurogeriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Mestre em Ciências pelo Programa de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Doutora em Ciências pelo Programa Ciências da Reabilitação do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMSUP. Especialista nas áreas de Linguagem e Disfagia pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa). Professora Adjunta do Departamento de Fonoaudiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

MARCELA MAGARÃO SAMBAQUY

Psiquiatra. Graduada pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio). Residência Médica em Psiquiatria pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP) e em Psicogeriatria pelo Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Preceptora da Pós-Graduação em Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e da Pós-Graduação em Psiquiatria do Instituto Superior de Medicina (ISMD). Colaboradora Voluntária do Ambulatório de Psicogeriatria do Laboratório de Neurociências do IPq/HC-FMUSP.

MARCELO JOSÉ ABDUCH ADAS BRAÑAS

Psiquiatra pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Doutorando em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Formação em Terapia Comportamental Dialética (DBT) pela Behavioral Tech e em Treinamento Baseado na Mentalização (MBT) e Psicoterapia Focada na Transferência (TFP) pelo Gunderson Personality Disorders Institute. *Research Fellowship* no Laboratory for the Study of Adult Development do McLean Hospital Harvard Medical School, sob supervisão da Dra. Mary C. Zanarini. Cooordenador e Cofundador do Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e das Emoções (Adre) do IPq/HC-FMUSP. Treinador oficial de *Good Psychiatric Management* (Bom Manejo

Clínico) para o transtorno de personalidade *borderline* (GPM) e um dos responsáveis por trazer esse treinamento para o Brasil e adaptar o respectivo manual para o português, em uma parceria com o IPq/HC-FMUSP, o Gunderson Personality Disorders Institute do McLean Hospital e a editora Hogrefe.

MARCELO QUEIROZ HOEXTER

Psiquiatra. Docente do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Orientador da Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

MARCIO LUIZ FIGUEREDO BALTHAZAR

Professor Livre-Docente do Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp). Responsável pela área de Neurologia Cognitiva e do Comportamento do Departamento de Neurologia da FCM-Unicamp.

MARCOS SIGNORETTI CROCI

Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Psiquiatra pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP). *Research Fellow* no McLean Hospital Harvard Medical School. Ex-Preceptor da Graduação de Psiquiatria da FMUSP e da Residência Médica de Psiquiatria do IPq/HC-FMUSP. Atua no Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e das Emoções (Adre) do IPq/HC-FMUSP, onde supervisiona e é Cooordenador Geral. É *official trainer* do *Good Psychiatric Management* (GPM) pelo McLean Hospital Borderline Personality Disorder Training Institute.

MARCOS VASCONCELOS PAIS

Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (FM-UnB). Residência Médica em Psiquiatria pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE). Doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pós-Doutorado pela University of Connecticut Health Center (UConn Health).

MARIA ALICE DE MATHIS

Psicóloga. Mestre e Doutora pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pesquisadora do Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (Protoc) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP).

MARINA VON ZUBEN DE ARRUDA CAMARGO

Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia. Mestre em Neurociência e Comportamento pelo Instituto de Psicologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/FMUSP). Doutora em Psiquiatria pelo Laboratório de Neurociências do

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Docente e Pesquisadora do IPq/HC-FMUSP. Professora Convidada do Curso de Especialização em Neurociência e Psicologia Aplicada da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

MARTINUS THEODORUS VAN DE BILT

Médico Assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Coordenador do Grupo de Psicose do Laboratório de Neurociências do IPq/HC-FMUSP.

NATHÁLIA NOVARETTI

Graduada em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Residência em Neurologia com especialização em Distúrbios do Movimento e Neurologia Comportamental pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP/USP). Mestre em Ciências pela FMRP/USP. Especialista em Neurologia pela Academia Brasileira de Neurologia (ABN). Membro Titular da ABN e da International Parkinson and Movement Disorder Society.

OCTÁVIO GONÇALVES RIBEIRO

Geriatra pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pós-Graduado em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) do Hospital Sírio-Libanês. Médico do Ambulatório de Envelhecimento em Síndrome de Down do Laboratório de Neurociências (LIM-27) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Médico Colaborador do Ambulatório de Psiquiatria Geriátrica do Laboratório de Neurociências do IPq/HC-FMUSP.

PAULA VILLELA NUNES

Psicogeriatra. Doutora pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pesquisadora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação da FMUSP. Professora Assistente e Coordenadora da Disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

PAULO EDUARDO MESTRINELLI CARRILHO

Neurologista pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Residência Médica pelo Departamento de Neurologia da FMUSP. Mestre pela FMUSP. Especialista em Neurofisiologia Clínica pela Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica (SBNC). Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia (ABN). *Fellow* pela American Academy of Neurology (FAAN). Professor Assistente da Disciplina de Neurologia e Neurocirurgia do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

RAFAEL GARCIA BENATTI

Psiquiatra. Residência Médica pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Graduado pela Faculdade de Medicina de Marília (Famena). Psiquiatra Colaborador no Projeto de Epilepsia e Psiquiatria (PROJEPSI) do Ambulatório de Neuropsiquiatria da Epilepsia e no Serviço Interdisciplinar de Neuromodulação (SIN), ambos no IPq/HC-FMUSP, com Supervisão de Residentes e Projetos de Pesquisa.

RAPHAEL RIBEIRO SPERA

Residência Médica em Neurologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Especialista em Neurologia Cognitiva e do Comportamento pelo HC-FMUSP. Membro do Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento (GNCC) do HC-FMUSP. Assistente do Pronto-Socorro de Neurologia do HC-FMUSP.

RICARDO MENEZES DORNAS

Graduado e Mestre em Neurologia e Neurociências pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Residência Médica em Neurologia pelo Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG. Membro (*fellow*) da equipe de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG, no Programa de Aperfeiçoamento (*fellowship*) de Neurologia Cognitiva e Movimentos Anormais.

RICARDO NITRINI

Professor Titular de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenador do Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento (GNCC) do Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da FMUSP e do Centro de Referência em Distúrbios Cognitivos do Hospital das Clínicas da FMUSP (Ceredic/HC-FMUSP).

ROBERTA DIEHL RODRIGUEZ

Neurologista. Membro do Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento (GNCC) do Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), do Biobanco para Estudos no Envelhecimento da FMUSP e do Laboratório de Ressonância Magnética em Neurorradiologia da FMUSP.

RODOLFO BRAGA LADEIRA

Psicogeriatra. Mestre pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Membro do Programa de Extensão em Psiquiatria e Psicologia de Idosos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

RODOLFO CASIMIRO REIS

Neurocirurgião. Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (Iamspe/SP). Doutorando em Neurologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Especialista pela Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN). Chefe do Grupo de Hidrodinâmica Cerebral do Serviço de Neurocirurgia do Iamspe/SP.

ROMEL IBARRA

Neurologista do Grupo de Psicogeriatría do Laboratório de Neurociências (LIM-27) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Especialista em Neuropsicologia. Membro Efetivo da Sociedade Peruana de Neurologia (SPN).

ROSA HASAN

Neurologista. Especialista em Medicina do Sono. Coordenadora do Laboratório e do Ambulatório de Sono (ASONO) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP) e da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

ROSELI GEDANKE SHAVITT

Médica Assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Coordenadora do Programa Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (Protoc) do IPq/HC-FMUSP. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria da FMUSP.

SERGIO LUÍS BLAY

Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

SHEILA DE MELO BORGES

Fisioterapeuta pela Universidade Santa Cecília (Unisant). Mestre em Gerontologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp). Doutora em Psiquiatria Geriátrica pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP). Professora Adjunta da Faculdade de Fisioterapia da Unisant. Especialização em Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia pelo HC-FMUSP.

TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS

Doutor em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Professor Colaborador do Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Coordenador da Assistência Clínica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP) e do Programa de Transtornos Alimentares do IPq/HC-FMUSP.

TÂNIA CORRÊA DE TOLEDO FERRAZ ALVES

Professora Colaboradora do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Diretora da Unidade de Internação do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq/HC-FMUSP). Vice-Coordenadora do Projeto Terceira Idade (Proter).

TÂNIA MARIA DA SILVA NOVARETTI

Mestre em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Doutora em Neurologia pela FMUSP. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia (ABN).

THARSILA MOREIRA GOMES DA COSTA

Fonoaudióloga pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Pós-Graduação pelo Programa de Aprimoramento Profissional de Fonoaudiologia em Neurogeriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Mestre em Ciências da Reabilitação pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

VALÉRIA DE PAULA RICHINHO

Graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Residência em Clínica Médica e em Geriatria pela FMUSP. Especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM) e em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Médica Clínica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq/HC-FMUSP) e Médica Hospitalista do Hospital Sírio-Libanês.

VALÉRIA SANTORO BAHIA

Doutora em Neurologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Docente da Universidade Cidade de São Paulo (Unicid). Coordenadora do Departamento de Neurologia do Hospital Heliópolis.

VALESKA MARINHO

Psiquiatra e Psicogeriatra. Mestre em Saúde Mental pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Proposam/Ipúb-UFRJ). Doutora em Ciências pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Professora Colaboradora do Proposam/Ipúb-UFRJ e Coordenadora do Centro para Doença de Alzheimer (Proposam/Ipúb-UFRJ).



Prefácio

Ao ser convidado a escrever este prefácio pelos amigos que tenho como editores do livro, veio-me à mente, consentaneamente aos sentimentos de honra e alegria, a imagem dos anos iniciais da Psiquiatria Geriátrica no Brasil. Nos idos dos anos 1980 (estranho escrever desse modo tão longe no tempo algo que é vívido na memória), não mais que oito psiquiatras se reuniram para criar o Departamento de Psiquiatria Geriátrica da Associação Brasileira de Psiquiatria. Ao mesmo tempo, a Academia Brasileira de Neurologia também fazia movimentos para a criação de um grupo sólido de Neurologia Cognitiva.

Ambos os grupos sempre atuaram harmonicamente, em verdadeira parceria de trabalhos e pesquisas, e o movimento foi crescendo, atingindo hoje a pujança de reconhecimento em todo o Brasil e no exterior também, com trabalhos em conjunto com grupos fortes dos Estados Unidos e da Europa.

Vários colegas se formaram em doutorado e pós-doutorado a partir desses grupos. Hoje, pode-se dizer, a Neuropsiquiatria Geriátrica atingiu a maioridade e a maturidade. Não cedo, já que a realidade brasileira na área de atenção ao idoso é dramática. As disparidades sociais, econômicas e de saúde atingem em cheio essa faixa etária, os estigmas ainda são imensos e não tratados, e urge que se tomem medidas políticas e sociais para que a longevidade atingida pela população se traduza também em melhor qualidade de vida e em mais cuidados aos que adoecem.

Por tudo isso, a 3ª edição de um livro como o editado por Orestes Vicente Forlenza, Márcia Radanovic e Florindo Stella é mais que bem-vinda. Atualizar o conhecimento desde o estado da arte vigente na 2ª edição para a boa leitura de todos, para o estudo e a divulgação do conhecimento, é mandatário. Mais que isso, demonstra que o conhecimento caminha em progressão nessa área, longe de estar estagnado, o que, aliás, é outro estigma contra tudo o que diz respeito a idosos, à Psiquiatria e, portanto, também à Neuropsiquiatria Geriátrica.

O livro também conta a história de toda a trajetória dos seus editores, desde o princípio dedicados à causa da formação e pesquisa em Neuropsiquiatria Geriátrica. Conta a história dos autores de todos os capítulos, que não são meros compiladores de artigos sem participação

ativa na produção de conhecimento. Pelo contrário, todos os capítulos têm o DNA do conhecimento genuíno, aquele derivado da prática diária, da pesquisa pessoal e da crítica bem estruturada em método.

Mais uma grande qualidade do livro: *Neuropsiquiatria Geriátrica* não se resume a assuntos vistos em geral como os preponderantes e únicos: as síndromes neurodegenerativas, as demências. Estas são, sem dúvida, temas importantíssimos e nos quais todo médico e toda a equipe de Saúde devem se concentrar com atenção. No entanto, a depressão, a ansiedade e todos os demais temas do livro, sempre exaltando a qualidade dos autores de cada um, são expressão da prática diária com a qual todos nos defrontamos. A leitura e o estudo desses temas servem de bússola para o melhor atendimento. O exame psíquico e a neuroimagem – com seus respectivos métodos e sua adaptação ao caso dos idosos – da mesma forma dão a base a quem quer se iniciar na área e se apaixonar por ela, como ocorreu há décadas com os autores e este que está a escrever este prefácio.

Escrever um livro é um feito muito especial na trajetória humana. Escrever um livro que contém a memória do conhecimento cristalizado, que atualiza esse mesmo conhecimento adquirido, que mantém o tema vivo e em constante atividade na vida das pessoas que com ele têm contato é, sem dúvida, fonte de alegria para todos nós, leitores que vamos beber desse conhecimento.

Minha gratidão aos autores, por terem nos brindado com *Neuropsiquiatria Geriátrica*, 3ª edição. Que todos tenhamos uma proveitosa leitura e um belo aprendizado.

Jerson Laks

Professor do PROPSAM-IPUB/UFRJ.

Diretor Médico da Clínica da Gávea, Pesquisador Nível 1 do CNPq.

Pesquisador pelo Programa Cientista do Nosso Estado (CNE).

Apresentação

Neuropsiquiatria Geriátrica, 3ª edição, discute questões clínicas e científicas que interconectam diferentes áreas do conhecimento, como Psiquiatria, Neurologia, Geriatria e Gerontologia. O livro tem o propósito de subsidiar os profissionais e estudantes da área de Saúde com os elementos necessários para a pesquisa e o atendimento clínico de pacientes idosos. Conteúdos científicos, relevantes e atuais, oriundos da literatura especializada, bem como o envolvimento cotidiano dos autores com a prática clínica em Neuropsiquiatria Geriátrica, serviram de base para a elaboração dos capítulos que fazem parte da presente nova edição.

Graças ao empenho dos autores dos respectivos capítulos, o livro provê os profissionais e estudantes da área de Saúde da oportunidade de atualização a respeito das síndromes neuropsiquiátricas mais relevantes que acometem o paciente idoso, bem como sobre as estratégias de diagnóstico e tratamento.

Houve a preocupação de se desenhar uma concepção multidisciplinar dos temas abordados nos capítulos, inseridos nas respectivas seções. Essa particularidade propicia ao leitor, de um lado, uma análise específica de cada abordagem e, de outro, a compreensão de conteúdos correlacionados que compõem a estrutura do livro.

Assim, a trajetória do texto inicia-se com os capítulos da Seção I – Semiologia Clínica do Paciente Idoso. Nessa parte, são apresentados os componentes essenciais da avaliação do paciente idoso com base na propedêutica clínica, no suporte laboratorial e na neuroimagem. Destacam-se os elementos da investigação clínica global do idoso, que inclui a pesquisa da condição física, psicopatologia presente no estado mental e exame neurológico.

Na Seção II – Grandes Síndromes Psiquiátricas em Idosos e sua Interface com a Neurologia, são discutidos os transtornos mentais mais relevantes no idoso, tendo-se como referência a interconexão das áreas do conhecimento supramencionadas – Psiquiatria, Neurologia, Geriatria e Gerontologia. Os capítulos incluem as alterações psicopatológicas tardias e mudanças de quadros mentais de longa data. Essas condições podem refletir disfunções neurobiológicas e gerontológicas e demandam o compartilhamento das informações semiológicas entre os diferentes profissionais de Saúde.

Na Seção III – Grandes Síndromes Neurológicas e sua Interface com a Psiquiatria, novamente se destaca a complexa interação entre as diversas áreas do conhecimento. São abordadas as principais alterações neurológicas do paciente idoso e as manifestações psicopatológicas a elas relacionadas. Os capítulos salientam quão crucial e atual é o entendimento da interface de alterações neurológicas específicas e dos distúrbios comportamentais relacionados.

A Seção IV – Terapêutica e Reabilitação discorre a respeito do desafio que envolve a escolha das estratégias mais apropriadas para o tratamento do paciente. São descritas as principais modalidades de intervenção à disposição do clínico. Discute-se o tratamento psicofarmacológico com base nas evidências científicas atuais. Também são descritos os diferentes meios de intervenção não farmacológica voltados para a prevenção da deterioração clínica e para a reabilitação cognitiva e funcional do paciente. Fazem parte da terapêutica o suporte psicológico e o fornecimento de informações, aos familiares e cuidadores, a respeito da evolução clínica do paciente.

Esperamos que o livro contribua para o aprimoramento do desempenho dos profissionais de Saúde que atendem idosos e dos estudantes que pretendem atender esse público e que o texto estimule a discussão dos temas intrigantes aqui apresentados.

Orestes Vicente Forlenza
Márcia Radanovic
Florindo Stella

Sumário

Seção I

Semiologia Clínica do Paciente Idoso

- Capítulo 1.** Avaliação Clínica e Exames Complementares no Paciente Idoso, 3
▪ *Octávio Gonçalves Ribeiro*
- Capítulo 2.** Exame Psiquiátrico, 9
▪ *Florindo Stella*
- Capítulo 3.** Exame Neurológico, 23
▪ *Romel Ibarra*
- Capítulo 4.** Exame das Funções Cognitivas, 33
▪ *Márcia Radanovic*
- Capítulo 5.** Avaliação Neuropsicológica, 41
▪ *Cláudia Sellitto Porto*
- Capítulo 6.** Avaliação da Funcionalidade, 49
▪ *Alexandra Martini de Oliveira*
- Capítulo 7.** Exames de Imagem Cerebral, 57
▪ *Ítalo Karmann Aventurato* ▪ *Marcio Luiz Figueredo Balthazar*
- Capítulo 8.** Biomarcadores da Doença de Alzheimer – Potencial de Aplicação Clínica, 67
▪ *Marcos Vasconcelos Pais* ▪ *Júlia Cunha Loureiro* ▪ *Leda Leme Talib*
▪ *Orestes Vicente Forlenza*

Seção II

Grandes Síndromes Psiquiátricas em Idosos e sua Interface com a Neurologia

- Capítulo 9.** Transtornos Depressivos, 77
■ *Júlia Cunha Loureiro* ■ *Marcos Vasconcelos Pais* ■ *Florindo Stella* ■ *Orestes Vicente Forlenza*
- Capítulo 10.** Transtorno Bipolar, 87
■ *Rodolfo Braga Ladeira* ■ *Luiz Fernando de Almeida Lima e Silva* ■ *Paula Villela Nunes*
- Capítulo 11.** Transtornos Psicóticos, 97
■ *Martinus Theodorus van de Bilt*
- Capítulo 12.** Transtornos Ansiosos, 107
■ *Valeska Marinho* ■ *Danielle Albani Coelho* ■ *Sergio Luís Blay*
- Capítulo 13.** Transtorno do Espectro Obsessivo-Compulsivo, 117
■ *Juliana Belo Diniz* ■ *Daniel Lucas da Conceição Costa* ■ *Ana Gabriela Hounie*
■ *Maria Alice de Mathis* ■ *Marcelo Queiroz Hoexter* ■ *Roseli Gedanke Shavitt*
- Capítulo 14.** Transtornos de Personalidade, 129
■ *Eduardo Martinho Junior* ■ *Marcelo José Abduch Adas Brañas* ■ *Marcos Signoretti Croci*
- Capítulo 15.** Transtornos Alimentares, 141
■ *Táki Athanássios Cordás* ■ *Fabio Tapia Salzano* ■ *Anny de Mattos Barroso Maciel*
- Capítulo 16.** Transtornos do Controle do Impulso, 149
■ *Hermano Tavares* ■ *Cecília Galetti*
- Capítulo 17.** Transtornos Psicosssexuais, 159
■ *Carmita Helena Najjar Abdo*
- Capítulo 18.** Transtornos do Sono, 171
■ *João Victor Valinho* ■ *Rosa Hasan*
- Capítulo 19.** *Delirium*, 183
■ *Camila Truzzi Penteadó*

Seção III

Grandes Síndromes Neurológicas e sua Interface com a Psiquiatria

- Capítulo 20.** Comprometimento Cognitivo Leve, 195
■ *Marcela Magarão Sambaquy* ■ *Júlia Cunha Loureiro* ■ *Marcos Vasconcelos Pais*
- Capítulo 21.** Comprometimento Comportamental Leve (*Mild Behavioral Impairment* – MBI), 205
■ *Florindo Stella* ■ *Marcos Vasconcelos Pais* ■ *Júlia Cunha Loureiro* ■ *Orestes Vicente Forlenza*
- Capítulo 22.** Doença de Alzheimer, 213
■ *Ricardo Nitrini* ■ *Leonel Tadao Takada* ■ *Jerusa Smid* ■ *Roberta Diehl Rodriguez*
- Capítulo 23.** Comprometimento Cognitivo e Demência Vasculiar, 235
■ *Márcia Radanovic*
- Capítulo 24.** Demência com Corpos de Lewy, 243
■ *Luiz Fernando de Almeida Lima e Silva*

- Capítulo 25.** Outras Demências com Parkinsonismo, 251
■ *Paulo Eduardo Mestrinelli Carrilho*
- Capítulo 26.** Degeneração Lobar Frontotemporal, 279
■ *Valéria Santoro Bahia*
- Capítulo 27.** Afasia Progressiva Primária, 287
■ *Márcia Radanovic*
- Capítulo 28.** Hidrocefalia de Pressão Normal, 293
■ *Fernando Campos Gomes Pinto* ■ *Rodolfo Casimiro Reis* ■ *Camila Santos Cechi*
- Capítulo 29.** Encefalopatia Traumática Crônica, 307
■ *Ricardo Menezes Dornas* ■ *Leonardo Cruz de Souza*
- Capítulo 30.** Demências Potencialmente Reversíveis, 315
■ *Nathália Novaretti* ■ *Tânia Maria da Silva Novaretti*
- Capítulo 31.** Demências Rapidamente Progressivas, 323
■ *Jerusa Smid* ■ *Raphael Ribeiro Spera*
- Capítulo 32.** Demência na Síndrome de Down, 331
■ *Márcia Radanovic* ■ *Cláudia Lopes Carvalho* ■ *Lívia Carla Fidalgo Garcez Sant'Ana*
■ *Octávio Gonçalves Ribeiro* ■ *Luana Dongue Martinez* ■ *Orestes Vicente Forlenza*
- Capítulo 33.** Doença de Parkinson, 339
■ *Henrique Ballalai Ferraz* ■ *Grazielle Costa Santos*
- Capítulo 34.** Epilepsia no Idoso, 345
■ *Luís Otávio Sales Ferreira Caboclo*
- Capítulo 35.** Acidente Vascular Encefálico, 353
■ *Márcia Radanovic*
- Capítulo 36.** Manifestações Neuropsiquiátricas Secundárias a Doenças Sistêmicas, 363
■ *Márcia Radanovic*
- Capítulo 37.** Dor Crônica, 371
■ *Leandro da Costa Lane Valiengo* ■ *Gabriel Taricani Kubota* ■ *Valéria de Paula Richinho*

Seção IV

Terapêutica e Reabilitação

- Capítulo 38.** Psicofarmacologia, 383
■ *Tânia Corrêa de Toledo Ferraz Alves*
- Capítulo 39.** Neuromodulação, 391
■ *Leandro da Costa Lane Valiengo* ■ *Rafael Garcia Benatti* ■ *Bianca Silva Pinto*
■ *José Gallucci Neto* ■ *André Russowsky Brunoni*
- Capítulo 40.** Estratégias Nutricionais nas Doenças Neuropsiquiátricas Comuns, 403
■ *Andrea Stingelin Forlenza* ■ *Adriana Gisele Hertzog da Silva Leme*
- Capítulo 41.** Reabilitação Cognitiva, 427
■ *Marina von Zuben de Arruda Camargo*

Capítulo 42. Reabilitação Funcional, 435

- *Alexandra Martini de Oliveira*

Capítulo 43. Reabilitação da Linguagem nas Demências, 445

- *Ariella Fornachari Ribeiro Belan* ▪ *Marcela Lima Silagi de Siqueira* ▪ *Tharsila Moreira Gomes da Costa*
- *Letícia Lessa Mansur* (in memoriam)

Capítulo 44. Reabilitação Física (Fisioterapia), 455

- *Sheila de Melo Borges* ▪ *Aline de Souza Gonçalves Gomes da Conceição*

Capítulo 45. Atividade Física e Promoção de Saúde (Educação Física), 465

- *Camila Vieira Ligo Teixeira* ▪ *Emerson Sebastião*

Capítulo 46. Hospital Dia Geriátrico – Papel da Equipe Multidisciplinar, 471

- *Glenda Dias dos Santos*

Índice remissivo, 477

Seção

I

Semiologia Clínica do Paciente Idoso



Capítulo

1

Avaliação Clínica e Exames Complementares no Paciente Idoso

ROTEIRO DO CAPÍTULO

- Introdução, 4
- Particularidades na avaliação do paciente idoso, 4
- Avaliação global do idoso, 5
- Anamnese, 6
- Exame físico, 7
- Exames complementares, 8
- Considerações finais, 8
- Referências bibliográficas, 8

■ *Octávio Gonçalves Ribeiro*

■ PONTOS-CHAVE

- Construir uma visão prática sobre a consulta geriátrica.
- Conhecer ferramentas específicas utilizadas no consultório para a avaliação do paciente idoso.
- Compreender aspectos particulares da anamnese com o paciente idoso.
- Estabelecer uma sequência no exame físico do paciente idoso.
- Refletir sobre a solicitação racional de exames complementares no cenário geriátrico.

■ INTRODUÇÃO

Com o recente avanço da Medicina em suas diversas áreas no último século, aliado a melhores condições sanitárias, houve um aumento significativo da expectativa de vida do ser humano ao nascer.¹

Em cem anos, passou-se a viver, em média, 7 a 8 décadas,² quando, no início do século XX, viviam-se apenas 30 a 40 anos. A transformação da pirâmide etária (Figura 1.1)³ reflete o envelhecimento populacional, fenômeno responsável pelo aumento pronunciado do número de pacientes idosos procurando serviços de saúde em todos os ambientes de cuidado.

Dessa forma, exceto por pediatras e obstetras, todas as especialidades médicas cuidarão de pacientes idosos em diversos ambientes de cuidado. No cenário da Neuropsiquiatria Geriátrica, em que o idoso multimórbido portador de transtornos mentais e neurológicos faz uso de psicofármacos e de outras medicações, conhecer aspectos básicos e ter um olhar mais amplo ao avaliar o paciente idoso é fundamental.

■ PARTICULARIDADES NA AVALIAÇÃO DO PACIENTE IDOSO

Diz-se que a consulta do geriatra se inicia na sala de espera e a observação de simples detalhes pode trazer valiosas informações. Algumas perguntas podem ser respondidas antes mesmo de formalmente se iniciar a consulta:

1. O paciente está acompanhado ou veio sozinho ao consultório?

– Sim, conseguiu se locomover sozinho até o endereço no horário correto, dirigindo seu veículo ou utilizando o transporte público. Não, foi trazido por terceiros. Filho(a)? Cônjuge? Cuidador(a)?

2. Como se deslocou do carro até a clínica? Como se deslocou da sala de espera à sala de atendimento? Qual o tipo de calçado?

– Sem ajuda, com marcha atípica e boa estabilidade postural em uso de sapato com salto baixo. Sem ajuda, com tênis esportivo, mas precisando se amparar no acompanhante e em anteparos (móveis, paredes etc.).

3. Usa algum dispositivo de auxílio à marcha (andador, cadeira de rodas, bengala)?

– Sim, veio trazido em cadeira de rodas. Sim, bengala de quatro pontas; utilizando-a com facilidade e corretamente.

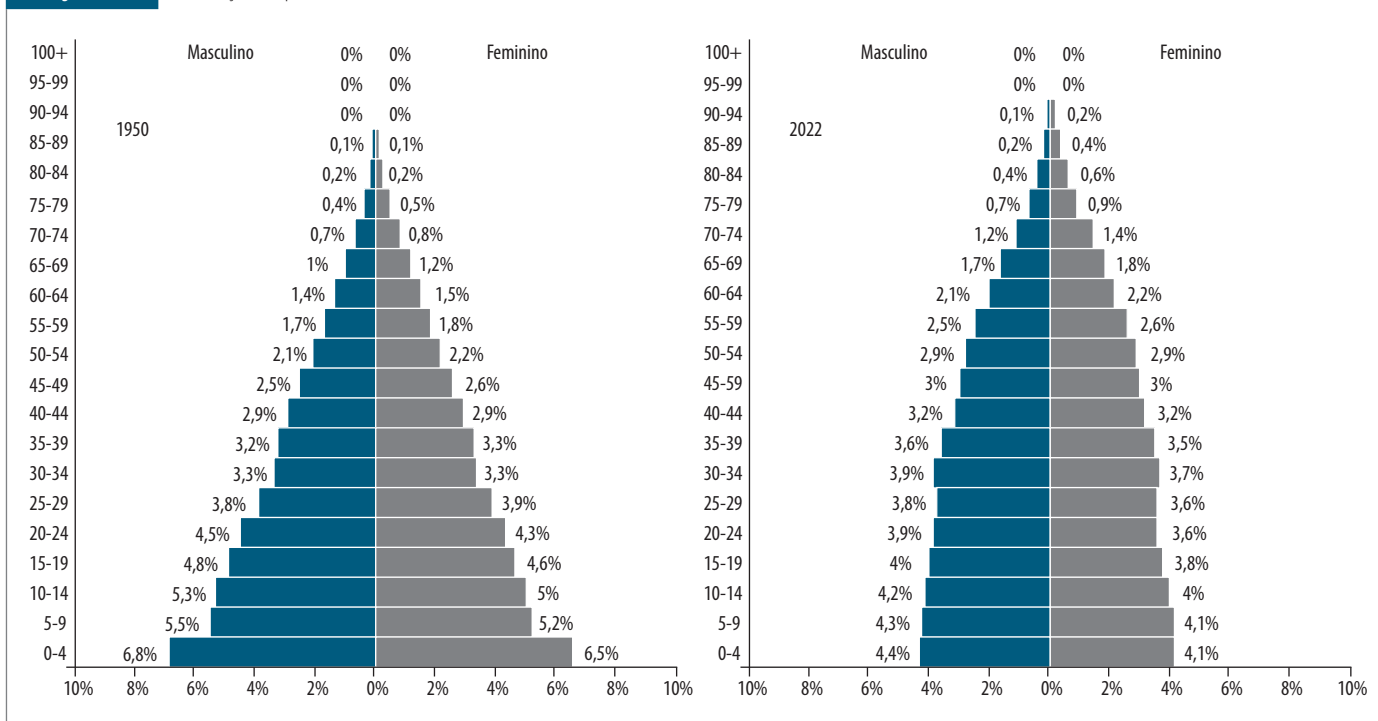
4. Consegue se levantar da cadeira sozinho? Precisa de auxílio?

– Incapaz de se levantar sozinho. Ao ser auxiliado, caiu no assento e somente na segunda tentativa foi possível alcançar a ortostase.

5. Ao ser cumprimentado, ouviu e compreendeu bem a saudação, tendo respondido de maneira adequada?

– Sim, respondeu de maneira adequada. Força preservada no aperto de mão. Não, não usa aparelho auditivo e a filha teve que falar mais alto próximo ao paciente para ele compreender. Paciente errou o alvo ao tentar apertar a mão do médico.

Figura 1.1 Mudanças na pirâmide etária mundial.



Fonte: Traduzida e Adaptada de PopulationPyramid.

6. Ao se sentar na cadeira da sala de consulta, toma distância adequada para deslocar o corpo ao assento?
- Sim, retirou a cadeira e posicionou-a em distância adequada da mesa para sentar-se. Não, ao sair da cadeira de rodas, teve dificuldade de localizar o início do assento da cadeira e sentou-se abruptamente na cadeira, tendo que, depois, acertar a posição mais confortável.

Veja que, em poucos minutos, foi possível perceber pontos relacionados com cognição, visão, audição, motricidade, equilíbrio, força, funcionalidade e suporte sociofamiliar.

Algo frequente, sobretudo no contexto de pacientes portadores de demência, é que o familiar ou o acompanhante tome a frente na anamnese e comece a responder as primeiras perguntas feitas pelo médico, ficando o paciente em segundo plano.

Mesmo sabendo que o indivíduo trará informações equivocadas ou inverídicas, procuro direcionar inicialmente as perguntas da identificação ao paciente, permitindo a ele trazer seus dados autobiográficos com sua singularidade. Assegure-se de que o paciente está compreendendo o que lhe é dito.

Mesmo formando uma ideia parcial dos seus elementos cognitivos – atenção, memória, velocidade de processamento e linguagem – o paciente deve participar da conversa e interagir efetivamente com o profissional, sentindo-se protagonista do encontro. Num segundo momento, o acompanhante terá a oportunidade de fazer as devidas correções.

A primeira pergunta que costumo fazer ao paciente é se foi ele quem agendou a consulta ou se alguém o fez. Depois, pergunto o motivo que o trouxe ao consultório. Quando foi o acompanhante quem agendou, questiono ao paciente qual seria, em sua visão, a preocupação desse familiar consigo e se este reconhece que o problema existe e também está preocupado.

Nesse momento, surge uma questão ética relevante relacionada à autonomia: não é incomum que um idoso cognitivamente preservado seja levado por um filho ou cônjuge e que não se dá a ele a oportunidade de dizer se quer ou não que o acompanhante aguarde na sala de espera enquanto passa em consulta com o médico.

Outra singularidade no atendimento de idosos é a busca ativa por sinais de maus-tratos ou de abuso. A parcela que tem demência, transtornos mentais, perda da capacidade para consentir, perda funcional e dependência de terceiros para o autocuidado é a que apresenta maior risco para sofrer maus-tratos ou abuso. No Quadro 1.1, estão listados os tipos de abuso e achados que devem levantar suspeita.^{4,5} Quando perceber essa situação, o profissional deverá fazer a denúncia à Promotoria de Justiça do Município.

Quando existe a necessidade de se fazer uma avaliação cognitiva objetiva formal em consultório, peço que os familiares deixem o paciente sozinho na sala, vez que comumente este se sente pressionado com os olhares preocupados e ansiosos dos acompanhantes durante essa fase da consulta.

Além disso, não é raro que os familiares, diante do sofrimento e da angústia de verem o paciente apresentando um baixo desempenho nas tarefas, comecem a tentar dar dicas ou facilitar alguns dos testes, prejudicando a avaliação.

Pode ser bastante difícil acomodar o paciente na maca para ser examinado em virtude das alterações motoras e debilidade física, bem como por incômodos ao se mobilizar; é preciso ter paciência e, frequentemente, é necessário que o médico, com o familiar ou acompanhante, auxilie o doente a subir na maca. A acessibilidade à clínica, ao toailete e à sala de consulta deve ser assegurada a pacientes em uso de dispositivos de auxílio à marcha.

Quadro 1.1 – Tipos de abuso no idoso e sinais de alerta.

Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dor, desconforto, hematomas, sangramentos, lacerações genitais, ISTs
Abuso físico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lesões (abrasões, queimaduras, escoriações, hematomas) em tronco e outros locais pouco usuais ■ Fraturas inexplicadas em locais atípicos para fraturas osteoporóticas
Negligência	<ul style="list-style-type: none"> ■ Má higiene, desnutrição, desidratação, desconhecimento sobre medicamentos em uso e posologias, lesões por pressão, isolamento social
Abuso financeiro	<ul style="list-style-type: none"> ■ Falta de recursos para custear serviços que antes custeava: medicamentos, mantimentos, aluguel/mensalidade de instituições de longa permanência
Características do cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dependência financeira da vítima, abuso de álcool e de drogas, transtorno mental, história de comportamento agressivo ou antissocial

IST: infecção sexualmente transmissível.

Fonte: Desenvolvido pela autoria do capítulo.

■ AVALIAÇÃO GLOBAL DO IDOSO

A avaliação global do idoso (AGI) nada mais é do que uma ferramenta de avaliação multidimensional que busca contemplar a maior parte dos domínios envolvidos na saúde dessa população de maneira sistematizada.⁶

Esse modelo permite acessar as principais síndromes e alterações encontradas no idoso, tendo grande valor ao identificar pacientes frágeis e com maior risco de eventos adversos. A utilização dessa ferramenta aumenta o número de diagnósticos e ajuda a prevenir a perda funcional, predizer riscos em diversos cenários (pré-operatório, antes de iniciar quimioterapia etc.), reduzir iatrogenias, hospitalização, institucionalização e mortalidade.⁷

Existem modelos diferentes de AGI, que podem contemplar mais ou menos domínios; mas de maneira geral, vale destacar os seguintes:

- funcionalidade;
- humor;
- motricidade e equilíbrio;
- cognição;
- suporte social;
- polifarmácia;
- sensório;
- nutrição.

Para o médico não geriatra, não é necessário memorizar os domínios que integram a AGI, tampouco as escalas utilizadas na avaliação de cada domínio. A ideia de ilustrá-la neste capítulo é permitir que outros especialistas conheçam essa ferramenta e as escalas mais utilizadas (Quadro 1.2).

Quadro 1.2 – Domínios da AGI e principais escalas utilizadas.

Domínio	Escala
Status nutricional	MAN
Cognição	MEEM, MoCA, Bateria Breve de Nitrini
Sensório	Snellen, Sussurro
Suporte social	MOS, APGAR Familiar
Motricidade, força e equilíbrio	SPPB (equilíbrio estático, velocidade de marcha (4 metros), teste de sentar-se e levantar-se, <i>handgrip</i> , força)
Humor	GDS-15, PHQ-9
Funcionalidade	Katz (ABVDs); Lawton, Pfeffer (AIVDs)

MAN: miniavaliação nutricional; MEEM: miniexame do estado mental; MoCA: *Montréal Cognitive Assessment*; MOS: *Medical Outcomes Study*; SPPB: *Short Physical Performance Battery*; GDS: *Geriatric Depression Scale*; PHQ: *Patient Health Questionnaire*; ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária.

Fonte: Desenvolvido pela autoria do capítulo.

■ ANAMNESE

A anamnese tem valor inestimável e é o ponto de partida para a elaboração de hipóteses diagnósticas, sem as quais não é possível raciocinar sobre quais exames complementares podem ser úteis nem direcionar o plano terapêutico. Compartilharei a forma como costumo conduzir essa etapa.

Uma vez que comumente o indivíduo idoso vai à consulta que um filho agendou, a primeira pergunta que faço é se o paciente sabe qual a minha especialidade e se foi ele que desejou marcar a consulta. A seguir, questiono se haveria algum motivo para que precisasse procurar um médico ou alguma queixa que eu pudesse ajudar a melhorar. Coloco-me à disposição para escutar as principais queixas espontâneas que o paciente deseja trazer; normalmente, as primeiras queixas são as que mais o incomodam e impactam sua qualidade de vida.

Aproveito este momento para conferir quem são os médicos que já participam do cuidado desse indivíduo e quando foram as últimas consultas.

Começa-se, então, a identificação. Nome completo, idade, data de nascimento, estado civil, filhos (quantos e os nomes), netos (quantos e os nomes), naturalidade, procedência, escolaridade, trajetória profissional, aposentadoria (há quanto tempo), religião ou formas de exercer a espiritualidade, mão dominante, quantos irmãos teve, com quem mora.

Na identificação, deve-se avaliar como o paciente reage ao falar sobre alguns assuntos: perda do cônjuge (caso seja viúvo), como enfrentou o luto, qual era o nome e como faleceu, aposentadoria (lamento, arrependimento?), primeiro emprego (entusiasmo?).

Segue-se, então, a funcionalidade, perguntando ao paciente e ao seu acompanhante sobre a independência para atividades básicas e instrumentais da vida diária. Nesse momento, é importante avaliar o quanto o paciente consegue apreciar sua própria condição funcional e detalhar por quais motivos precisa de auxílio para determinada atividade. Um exemplo é não conseguir tomar banho sozinho: pergunto se a dificuldade é alcançar os pés para limpar os dedos, conseguir lembrar de lavar todas as partes do corpo (se o deixarem fazê-lo sozinho, fica ensaboando uma única região durante todo o tempo de banho) ou planejar as etapas de um banho (pegar toalha, molhar o corpo, lavar o couro cabeludo etc.).

Após identificar e traçar uma boa perspectiva funcional do idoso em questão, pergunto a respeito das doenças conhecidas e das medicações de uso diário. Em relação às medicações, verifico se o paciente tem conhecimento de doses e horários de tomada, bem como para qual condição faz uso de determinado medicamento. Vale ressaltar a importância de questionar ativamente sobre o uso de suplementos, vitaminas, chás e outras substâncias que podem ser compradas sem receita médica.

Prossigo questionando sobre antecedentes cirúrgicos, alergias e antecedentes familiares. Condições de saúde de parentes de 1º grau, causa da morte dos que já faleceram e idade do óbito.

O próximo tópico se relaciona aos hábitos e vícios; ao consumo de álcool, de tabaco e de outras substâncias de abuso; à atividade física; ao sono; e à alimentação. Aspectos da sexualidade costumam ser indagados em consultas subsequentes – após o vínculo ter sido construído –, a não ser que o próprio paciente manifeste a vontade de expressá-los.

Costumo dividir as queixas entre as espontâneas e as ativamente investigadas. Num primeiro momento, pergunto ao paciente quais são as suas principais queixas; algumas delas podem já ter sido trazidas antes mesmo da identificação. Depois disso, faço o interrogatório sobre os diversos aparelhos do corpo humano, seguindo uma ordem específica cranio-caudal, conforme Quadro 1.3.

O geriatra volta a questionar sobre as imunizações, parte da prevenção primária. No contexto da pandemia, é comum que o indivíduo refira que todas as vacinas estão em dia considerando que recebeu as doses contra a covid-19 e influenza. Porém, outras vacinas fazem parte do calendário do idoso e devem ser averiguadas: tríplice bacteriana (difteria, tétano e coqueluche); herpes-zóster; pneumococo (13 e 23-valente); e hepatite B. Em contextos específicos, outras vacinas deverão ser recomendadas.⁸

O conhecimento sobre a realização de exames de rastreamento é um ponto a ser considerado, parte importante da prevenção secundária. Mamografia, ultrassonografia da aorta abdominal, colonoscopia, colpocitologia oncótica, coleta de

Quadro 1.3 – Investigação sobre os diversos aparelhos do corpo humano.

Visão	Você tem boa acuidade visual? Quando foi a última visita ao oftalmologista? Sabe se o fundo de olho estava normal?
Audição	Você escuta bem? Alguém que convive com você se queixa de que você não está escutando bem? Quando vai a um ambiente mais ruidoso (como uma festa de criança), tem dificuldade em ouvir o que os outros dizem?
Rinossinusal	Você tem coriza, obstrução nasal, tosse, gotejamento posterior, prurido nasal ou espirros?
Dentição	Quando foi sua última visita ao dentista? Apresenta alguma queixa específica (dor, sangramento, dificuldade para mastigar, dente amolecido, prótese mal adaptada etc.)?
Deglutição	Você tem alguma dificuldade para engolir? Engasga quando engole? Sente como se os alimentos entalhassem?
Dispepsia	Você tem dor ou queimação epigástrica, regurgitação, pirose retroesternal ou empachamento?
Hábito intestinal	Como funciona o intestino (consistência e coloração das fezes, sangramentos etc.)?
Cardiopulmonar	Você sente falta de ar, desconforto torácico, palpitações, tonturas? Quando faz esforço (subir escadas, fazer atividade física, fisioterapia etc.), tem algum sintoma?
Urinário	Você tem dificuldade para esvaziar a bexiga? Percebe incontinência urinária? Quando tem desejo de urinar, você percebe? Consegue segurar até chegar ao toalete?
Musculoesquelético	Você sente dor nas articulações, nos músculos ou em alguma outra região do corpo?
Quedas	Você caiu alguma vez nos últimos 12 meses?
Humor	Você se sente triste? Perdeu o prazer e o interesse em fazer aquilo de que sempre gostou?
Cognição	Você percebe alterações de memória?

Fonte: Desenvolvido pela autoria do capítulo.

PSA e tomografia de tórax devem ser indagadas a subpopulações específicas, a depender de idade e de fatores de risco para determinadas condições.⁹

Por fim, sobretudo em pacientes frágeis e portadores de demência, costumo perguntar sobre a rotina, detalhando todas as atividades em cada momento do dia, desde a hora que desperta até o momento em que vai dormir.

■ EXAME FÍSICO

A sistematização do exame físico ajuda o médico a não esquecer nenhuma etapa da avaliação. Pessoalmente, costumo seguir um padrão que se inicia com o paciente sentado e pelas partes superiores do corpo, prosseguindo com o paciente deitado e dirigindo-me às extremidades inferiores, concluindo com o paciente em pé para aferição da pressão arterial em ortostase 3 minutos após se levantar.

Cabe frisar que nem todos os passos precisam ser realizados em todas as consultas, podendo-se focar na procura de achados relacionados às principais queixas. Na primeira consulta, no entanto, costumo fazer um exame completo e abrangente. Como não neurologista, realizo as etapas principais do exame neurológico que deve ser conhecido pelo médico generalista, porém esse tópico é o foco de outro capítulo desta mesma obra.

A seguir, descrevem-se os passos do exame clínico sugerido.

Após pesar e medir o paciente, peço para se sentar e, quando ele o faz, procedo à avaliação das mucosas (olhos, cavidade oral), observando estado de hidratação, presença de icterícia, cianose ou palidez. Ao avaliar a cavidade oral, podem-se encontrar edentulismo, dentes em mau estado, halitose, prótese dentária mal adaptada, sangramentos, aftas, úlceras, língua “careca”, a impressão marcada dos dentes

nas bordas laterais da língua, dimensão tonsilar e índice de Mallampati (achados que podem aumentar o risco de apneia do sono), bem como flogose e outras alterações da orofaringe.

Quando há queixa auditiva, o segundo passo da avaliação da cabeça é a otoscopia, em busca de cerúmen obstrutivo que possa estar dificultando a transmissão do som para a membrana timpânica; nessa manobra, avaliam-se sinais flogísticos no conduto auditivo, bem como o aspecto da membrana timpânica. Lembre-se que para a realização da audiometria – exame pedido para avaliar objetivamente a acuidade auditiva –, é importante que o conduto esteja livre, permitindo a condução do estímulo sonoro.

Ainda com o paciente sentado, em caso de queixas específicas no couro cabeludo ou na face, é possível, com uma luz forte, avaliar lesões que justifiquem os sintomas. Na suspeita de arterite de células gigantes, é imprescindível fazer a palpação da artéria temporal em busca de espessamentos. Em pacientes com zumbido ou cefaleia, vale a avaliação das articulações temporomandibulares.

Prosegue-se, então, com a palpação cervical, que contemplará a palpação tireoidiana, das cadeias linfonodais e a ausculta das carótidas. Neste momento, aproveita-se para palpar linfonodos axilares.

Os últimos passos a serem realizados ainda com o paciente sentado são a ausculta pulmonar, a palpação de pulsos radiais e a aferição da frequência respiratória, saturação periférica de oxigênio e pressão arterial. Pode ser necessária alguma manobra adicional a depender das hipóteses trazidas pela anamnese: punho-percussão lombar; testes de mobilidade cervical etc. Lembre-se de medir a pressão três vezes e de posicionar o paciente com o dorso recostado, pernas descruzadas, braços apoiados e certificar-se de que ele não está com a bexiga cheia.

Após pedir para o paciente se posicionar em decúbito dorsal horizontal, observe se há turgência jugular e prossiga com a ausculta cardíaca em pelo menos quatro focos: aórtico; mitral; pulmonar; e tricúspide. Pode ser interessante avaliar a saturação com o paciente deitado, vez que pacientes com ortopneia e com restrição da caixa torácica (p. ex., obesidade) podem apresentar queda de saturação nessa posição.

A ausculta do abdome trará informações sobre os ruídos hidroaéreos (aumentados, ausentes, reduzidos) e sobre a presença de sopros, que pode ocorrer em pacientes com aneurismas da aorta abdominal e estenose de artéria renal. Após a ausculta, a percussão pode auxiliar na mensuração das dimensões do fígado e do baço, hipertimpanismo, constatação de ascite e piora de dor no caso de pacientes com desconforto abdominal. A palpação é a principal etapa do exame do abdome, quando se buscam tumorações, visceromegalias, pontos dolorosos, descompressão brusca etc.

Em pacientes incontinentes que fazem uso de fralda, é importante perguntar ao cuidador se foi observada alguma lesão que precise ser examinada.

Concluindo a avaliação com o exame das extremidades inferiores, é importante verificar a presença de edema (bilateral, simétrico), lesões dermatológicas (dermatite ocre, úlceras etc.), palpar pulsos (poplíteo, tibial posterior, pedioso) caso haja queixa de desconforto nos membros inferiores e avaliar a presença de micose interdigital, frequente em pacientes que apresentam dificuldade para secar os dedos dos pés.

Em pacientes com queixas dolorosas em joelhos e quadris, pode ser necessário palpar as articulações e avaliar a amplitude de movimento. Em caso de queixas específicas em determinada região, deve-se inspecionar e realizar as manobras apropriadas para melhor avaliação do que pode estar ocasionando o sintoma.

■ EXAMES COMPLEMENTARES

Mais do que discorrer a respeito de todos os exames complementares disponíveis para avaliar os múltiplos aparelhos e sistemas de um organismo idoso, a ideia deste tópico é trazer uma reflexão.

A ampliação do arsenal de procedimentos diagnósticos disponíveis para uso na prática clínica foi um dos elementos que possibilitaram o expressivo aumento da expectativa de vida do ser humano no último século. Ao menos na teoria, diagnosticar com mais agilidade e precisão resulta em melhor prognóstico – maiores chances de cura ou de controle da doença.

Paralelamente, a solicitação indiscriminada de exames complementares, que prescinde da formulação racional de hipóteses diagnósticas frente aos achados da anamnese e do exame clínico, incorre com maior frequência em iatrogenias, podendo trazer malefícios ao paciente. No paciente idoso, isso é ainda mais comum: alterações laboratoriais e radiológicas

podem representar mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento do organismo.

A constatação de achados incidentais, que não produzem manifestações clínicas nem representam risco ao doente, pode deflagrar uma “cascata” de intervenções e procedimentos desnecessários e potencialmente deletérios. E esse fenômeno é ainda mais perigoso no cenário geriátrico.

Saber à qual pergunta se deseja responder com o resultado de um exame é fundamental. O médico que cuida de idosos deve aprimorar sua capacidade propedêutica e exercitar o raciocínio clínico na elaboração de hipóteses diagnósticas antes de solicitar exames complementares, sobretudo quando essas intervenções são mais invasivas e têm maior risco de complicações.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme pôde ser constatado neste capítulo, a avaliação do idoso apresenta inúmeras particularidades e é frequente que se dê num cenário de multimorbidade, polifarmácia e comprometimento funcional. Diante do nítido envelhecimento populacional observado nas últimas décadas, o conhecimento de aspectos práticos da consulta realizada pelo geriatra, bem como das ferramentas que podem ser utilizadas para avaliar os múltiplos domínios da saúde do idoso, vem a ser um grande diferencial para o não especialista.

Nessa população, a formulação de hipóteses diagnósticas por intermédio de raciocínio não unicista, utilizando-se de dados obtidos em anamnese e em exame físico detalhados, é imprescindível para condutas assertivas tanto do ponto de vista diagnóstico como do terapêutico.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prentice T; Global Health Histories. Health, history and hard choices: funding dilemmas in a fast-changing world. World Health Organization (WHO); Global Health Histories, 2006.
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na Internet]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/pt/inicio.html>.
3. PopulationPyramid [homepage na Internet]. Disponível em: <https://www.populationpyramid.net>.
4. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet*. 2004;364:1265.
5. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med*. 1995;332:437.
6. Ward KT, Reuben DB. Comprehensive geriatric assessment. *UpToDate*. 2022 [last updated].
7. Jacob Filho W. Avaliação global do idoso. In: Auler Junior JOC, Yu L (coord.). Manual do médico-residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) – Volume geriatria. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
8. Brasil. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Calendário de vacinação do idoso. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-idoso.pdf>.
9. United States of America. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). A & B recommendations. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations>.