

Anna Luiza Fonseca Siqueira da Silva | Ana Laura Nobre e Nobre  
Aline Yumi Hamamura | Camila Almeida Barroso | Gabriela Ziebert dos Santos  
Gabriela De Arruda Custódio | Giovana Duarte Pereira | Iraneide Fernandes dos Santos  
Jhessica Mousinho Jorge e Jorge | Jessica Cristina da Silva Freitas | Lucas Ernesto Bueno Fontana  
Luiza Thalya Lago Santos | Maria Tereza Dias Ferreira | Vitória Amaral Lima  
- autores -

# Manual de Habilidades Clínicas III: GERIATRIA

Ana Paula Ferreira Silva Sakai | Alzira Leite Gomes | Nádia Carolina de Lima Vinagre  
- revisoras -



Anna Luiza Fonseca Siqueira da Silva | Ana Laura Nobre e Nobre  
Aline Yumi Hamamura | Camila Almeida Barroso | Gabriela Ziebert dos Santos  
Gabriela De Arruda Custódio | Giovana Duarte Pereira | Iraneide Fernandes dos Santos  
Jhessica Mousinho Jorge e Jorge | Jessica Cristina da Silva Freitas | Lucas Ernesto Bueno Fontana  
Luiza Thalya Lago Santos | Maria Tereza Dias Ferreira | Vitória Amaral Lima  
- autores -

# Manual de Habilidades Clínicas III: GERIATRIA

Ana Paula Ferreira Silva Sakai | Alzira Leite Gomes | Nádia Carolina de Lima Vinagre  
- revisoras -



**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal

Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá

Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará

Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## Manual de habilidades clínicas III: geriatria

**Diagramação:** Ellen Andressa Kubisty  
**Correção:** Yaiddy Paola Martinez  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisoras:** Ana Paula Ferreira Silva Sakai  
 Alzira Leite Gomes  
 Nádia Carolina de Lima Vinagre

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M294 Manual de habilidades clínicas III: geriatria / Revisoras Ana Paula Ferreira Silva Sakai, Alzira Leite Gomes, Nádia Carolina de Lima Vinagre. - Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

**Autores**

Anna Luiza Fonseca Siqueira da Silva  
 Ana Laura Nobre e Nobre  
 Aline Yumi Hamamura  
 Camila Almeida Barroso  
 Gabriela Ziebert dos Santos  
 Gabriela de Arruda Custódio  
 Giovana Duarte Pereira  
 Iraneide Fernandes dos Santos  
 Jhessica Mousinho Jorge e Jorge  
 Jessica Cristina da Silva Freitas  
 Lucas Ernesto Bueno Fontana  
 Luiza Thalya Lago Cunha Santos  
 Maria Tereza Dias Ferreira  
 Vitória Amaral Lima

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-1936-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.365232410>

1. Geriatria. I. Sakai, Ana Paula Ferreira Silva (Organizadora). II. Gomes, Alzira Leite (Organizadora). III. Vinagre, Nádia Carolina de Lima (Organizadora). IV. Título.  
 CDD 618.97

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos - CRB-8/9166

**Atena Editora**  
 Ponta Grossa - Paraná - Brasil  
 Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao texto publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que o texto publicado está completamente isento de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>SAÚDE DO ADULTO</b> .....	<b>2</b>
ANAMNESE DO ADULTO .....	2
SUGESTÕES PARA ANAMNESE .....	2
EXAME FÍSICO DO ADULTO.....	6
<b>SAÚDE DO IDOSO</b> .....	<b>10</b>
CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM SAÚDE DO IDOSO.....	10
<b>SEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO</b> .....	<b>12</b>
AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA .....	13
AS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS .....	14
AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DO IDOSO.....	22
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA .....	25
SAÚDE MENTAL (COGNIÇÃO, HUMOR E COMPORTAMENTO) .....	27
AVALIAÇÃO COGNITIVA.....	28
OUTROS TESTES PARA AVALIAÇÃO COGNITIVA .....	30
COMUNICAÇÃO.....	35
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS .....	35
POLIFARMÁCIA .....	37
COMORBIDADES .....	38
EQUILÍBRIO E MOBILIDADE .....	38
RISCO DE QUEDAS E AVALIAÇÃO AMBIENTAL .....	40
ESTADO E RISCO NUTRICIONAL.....	41
SARCOPENIA .....	44
FORÇA MUSCULAR .....	46
FRAGILIDADE .....	49
<b>ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>59</b>

# INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define o idoso como aquele indivíduo com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento, como no Brasil, e 65 anos ou mais para países desenvolvidos, sendo que em alguns países já apresentam ponto de corte mais elevado para considerar uma pessoa como idosa.

Ao longo dos anos, a população idosa aumentou de forma significativa. A longevidade, porém, trouxe consigo uma nova perspectiva da medicina, em relação à Geriatria, Gerontologia e a Medicina Paliativa. Segundo o Instituto Brasileiro Geografia Estatística (IBGE), estima-se que no ano de 2050 cerca de 30% da população brasileira esteja na faixa etária dos 60 anos de idade. Sendo assim, os estudos e cuidados com os idosos são de extrema necessidade e devem ser abordados dentro e fora do meio acadêmico.

Segundo dados do censo de 2000, do total de habitantes, 15,5 milhões tinham 60 anos ou mais, o que representava 10% da população geral. Projeções para 2025 indicavam que esse número seria superior a 30 milhões, o que corresponderia a 14% da população total estimada. Entretanto, o avanço dos números ultrapassou a previsão do IBGE, pois segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2017, o número de idosos já representava 14,6% da população brasileira, correspondendo a 30,3 milhões de pessoas acima de 60 anos.

Esse crescimento acarreta mudanças nos diversos segmentos da sociedade, educação, saúde, política e economia. Sabe-se, por exemplo, que a associação entre a atual longevidade dos brasileiros e a frequência de doenças crônicas resulta na taxa elevada de idosos portadores de comorbidades e/ou incapacidades.

As mudanças que incluem o envelhecimento são complexas, entre elas, alterações metabólicas e funcionais, que com o tempo acarretam uma diminuição das reservas fisiológicas e um declínio geral de suas funções do indivíduo.

A capacidade funcional é resultado da interação não somente entre fatores individuais, biológicos, culturais e recursos compensatórios desenvolvidos por uma sociedade, mas também da fase de transição epidemiológica em que se está inserida.

Ao desenvolver uma resposta de saúde pública ao envelhecimento e uma proposta de saúde geral às pessoas idosas, é importante não só considerar as abordagens que melhorem as perdas associadas com o avançar da idade, mas também as perdas que interferem na capacidade psicossocial. Assim, ao adentrarmos no estudo do envelhecimento, teremos que entender toda bagagem que a pessoa idosa traz consigo ao longo da vida, ou seja, teremos que cuidar da saúde de maneira holística, abordando os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Esse manual tem por objetivo, apresentar as peculiaridades do processo do envelhecimento e a avaliação geriátrica, e de maneira a auxiliar, faremos um breve recordatório sobre avaliação de um adulto.

Os autores

# SAÚDE DO ADULTO

## ANAMNESE DO ADULTO

A anamnese ou história clínica constitui a base para o diagnóstico e tratamento do paciente. Considerando a própria etimologia da palavra que significa recordação, só poderá ser construída pelo paciente, com o médico tendo o papel de guiar essa construção.

Os itens contidos em uma anamnese variam segundo a idade, o gênero e a enfermidade do paciente, a especialidade clínica, o tempo disponível e os objetivos da consulta. Depois que se conhece e compreende todos os itens de uma anamnese abrangente, é possível fazer uma seleção dos necessários.

## SUGESTÕES PARA ANAMNESE

### Identificação do paciente

Nome, idade, data de nascimento, gênero, cor/etnia, estado civil, profissão, ocupação, naturalidade, residência (Rua/Av., Bairro, CEP, Cidade, UF, telefones para contato).

### Fonte da anamnese e encaminhamento

Nessa parte da anamnese é necessário informar no prontuário quem irá responder as perguntas do examinador: o paciente, família, amigo, policial, consultor, prontuário médico. Ajuda o leitor a avaliar o motivo da consulta ou do encaminhamento.

### Queixa principal

É necessário descrever com as palavras do paciente.

**Ex:** “Estou com dor de estômago e me sinto muito ruim” Às vezes o paciente não tem queixas bem definidas; nesses casos, verifique seus objetivos. **Ex:** “Vim para fazer meu exame periódico” ou “Fui internado para uma avaliação cardíaca minuciosa”.

**Dê a palavra ao paciente:** “o que está acontecendo com a sua saúde?” “o que houve?” “qual é o seu problema?” etc.

Deixe-o falar livremente. Não o interrompa, até que termine toda a sua mensagem inicial. Não se preocupe em perguntar sobre detalhes, pois haverá outro momento para isto. Estimule-o a ser completo (“o que mais?” “algum outro problema?”). Procure compreender qual a sua prioridade ou motivo exato da consulta (Se necessário, pergunte: “o que considera mais importante?” “o que o incomoda mais?” “o que o preocupa mais?”).

Se não estiver claro, repita para ele o que você compreendeu desta fala inicial, e pergunte se a sua compreensão está correta. Ela precisa ser autêntica, para que você possa prosseguir. Não tenha pressa, pois agora o importante é o que ele tem a dizer e a interferência prematura poderá inibi-lo; lembre-se que é neste momento que ele faz a sua

consulta; deixe-o completá-la livremente.

Neste início da consulta, comece a estabelecer uma visão global da pessoa, das suas queixas, compreenda a(s) prioridade(s), anote no papel ou guarde, na memória, todas as queixas iniciais, que se tornarão referência para toda a anamnese. Este é o seu material de trabalho, a sua referência, na consulta que se inicia, tal como um diamante em estado bruto que você vai lapidar.

Ouçã, principalmente. Passe à etapa seguinte quando estiver seguro de que você proporcionou ao paciente a plena oportunidade de se consultar.

### **História da Doença Atual (HDA)**

Esta seção consiste em um relato claro e cronológico dos problemas que motivaram a vinda do paciente. Os dados são derivados do paciente, mas a organização é sua. A narrativa deve incluir como se iniciou o problema, a circunstância em que ele apareceu, suas manifestações e quaisquer tratamentos. Os sintomas principais devem ser descritos em termos de:

- Localização;
- Tipo: “Coça, arde ou dói?”
- Por exemplo: Em caso de dor, especificar se é do tipo pontada, fígada, queimação, aperto, pulsátil. Em caso de lesão de pele, especificar se é mancha ou placa ou nodulação e sua colocação (branca, arroxeadada, eritematosa).
- Sequência cronológica (ou seja, forma de início, curso, evolução). Por exemplo: início abrupto ou insidioso. Curso intermitente ou progressivo ou contínuo. Evoluindo com piora ou com melhora.
- Intensidade - Leve, moderado, intenso. Você pode, por exemplo, pedir para o paciente quantificar seu sintomas em uma escala numérica de “0” a “10”.
- Sequência cronológica (ou seja, início, duração e frequência do sintoma);
- As circunstâncias nas quais ocorrem;
- Fatores de melhora e piora dos sintomas;
- Manifestações associadas (Ex: febre, diarreia, náuseas, vômitos etc);
- Dados negativos pertinentes (ausência de determinados sintomas que ajudam no diagnóstico diferencial)
- Fez algum tratamento para a queixa em questão? Caso positivo, perguntar local que foi realizado o tratamento (Ex: em domicílio ou no hospital), qual o medicamento e via de administração (tópica, subcutânea ou sistêmica). Além disso, perguntar se obteve melhora ou piora do quadro após do tratamento.

Somente informações relevantes devem ser registradas na seção história da doença atual, como, por exemplo: “paciente com queixa principal de dor torácica”, registrar fatores

de risco para doença coronariana é fundamental.

O paciente deverá ser estimulado a falar livremente, podendo-se auxiliá-lo no relato utilizando de algumas expressões como “fale um pouco mais sobre o seu problema” ...” ou “me explique melhor o que está lhe acontecendo”. Procure fazer com que ele esgote as informações e detalhes com as suas próprias palavras e com interferência mínima (“o que mais?” “e aí?” “e então?” etc.).

Evite interromper qualquer fala do paciente, mas quando necessário, faça-a de maneira sutil. A seguir você poderá acrescentar perguntas mais específicas, indispensáveis ao detalhamento da informação, direcionando o diálogo de forma mais ativa.

Um modelo a ser lembrado é de um funil, no qual o fluxo é amplo e livre na boca e estreito e turbulento no bico; promova-se assim o fluxo do diálogo, evitando começar com perguntas fechadas. “Para perguntas, obtém-se respostas, apenas respostas”. Alguns dizem que um defeito da resposta é que muitas vezes ela apenas mata a pergunta. Atenção especial ao que fazer com a resposta do paciente.

Além das perguntas clássicas de uma anamnese, é importante questionar os pacientes sobre algumas particularidades:

- Tratamentos anteriores, doses, duração, resultados, eventuais efeitos colaterais; adesão a este tratamento e medicação em uso atual. Automedicação;
- Repercussões gerais sobre o estado físico e emocional;
- Significado para o paciente (o que ele imagina ser a sua doença, medos, relação com experiência de doença grave, em parentes ou amigos, que ele considere semelhante à sua). Em muitas ocasiões, são as fantasias o principal motivo do medo e do sofrimento e que levam o paciente à consulta; neste caso, são elas que de fato molestam o indivíduo;
- Repercussões objetivas sobre a vida do paciente, principalmente quanto a sua autonomia, à família, ao trabalho, à sociabilidade, ao lazer, ao prazer, às atividades da vida diária;
- Atividade laboral: relacionar se o tipo de trabalho (atual ou a anterior) está relacionado com a doença atual, verificar o que faz e como faz, situações incômodas no trabalho, ambiente físico e pessoal, riscos, ritmo, trabalho noturno, melhora nos fins de semana ou nas férias, licenças médicas pelo mesmo problema etc.;

Assim sucessivamente, de maneira que a condução da HDA, deverá ser feita para traçar um panorama geral acerca da queixa principal.

### **Interrogatório sobre os diversos aparelhos (ISDA)**

É importante seguir o sentido céfalo-podálico ao questionar o paciente sobre os demais aparelhos e identificar as queixas objetivas (concretas) e queixas subjetivas (abstratas).

## Quais as principais perguntas?

- **Sintomas Gerais:** perda ou ganho de peso (quanto, em quanto tempo, fatores contribuintes), alterações do apetite, astenia, fraqueza, mal-estar, febre, calafrios, sudorese, palidez;
- **Pele e Anexos:** prurido, petéquias, equimoses, máculas, pápulas, eritema, exantema, vesículas, bolhas, pústulas, crostas, úlceras, alterações de cor, textura, umidade e elasticidade da pele, feridas, alopecia, hipertricrose, hirsutismo, calvície, alterações das unhas.
- **Cabeça e pescoço:** visão, tonturas, síncope, perda auditiva, zumbido, condições dos dentes e da boca, cefaleia, perdas de memória e distúrbios relacionados ao sono;
- **Sistema cardiorrespiratório:** dispneia (aos pequenos ou grandes esforços), taquicardia, cansaço, dor precordial, tosse, etc.
- **Sistema digestório:** sintomas dispépticos de maneira geral, refluxo, pirose, disfagia, epigastria, constipação (intervalo de tempo sem defecar), diarreia (aguda ou crônica) e incontinência fecal;
- **Sistema genito-urinário:** emergência miccional, incontinência urinária (perda aos esforços ou involuntária), disúria, nictúria, poliúria, polaciúria, tipo de jato, secreções, lesões na região genital, etc.
- **Sistema músculo-esquelético:** artralguas, edemas, limitações de movimentos, dificuldades de deambulação, quedas, dificuldade para se equilibrar, etc.
- **Sexualidade:** vida sexual (ativa ou não), utilização de meios de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, disfunção erétil, dispareunia, uso de algum estimulante sexual (medicamentoso ou não), sintomas de menopausa e andropausa
- **Sintomas subjetivos:** Dor, tristeza, oscilação do humor, desânimo, alteração da memória, irritabilidade, etc. (queixas abstratas)

## Antecedentes pessoais

- Antecedentes pessoais patológicos de natureza clínica ou cirúrgica.
- Traumatismos.
- Hospitalizações.
- Transfusão de sangue.
- Alergias.
- Verificar últimos atendimentos médicos;
- Anotar medicamentos em uso: nome, substância, apresentação e posologia (Inclua também medicações caseiras, remédios vendidos sem receita médica, au-

tomedicação, suplementos vitamínicos e minerais, pílulas anticoncepcionais). Registrar se fez uso de medicação no dia da consulta.

- Pedir para trazer receitas, medicamentos e últimos exames no retorno.

### **Antecedentes familiares**

- Questionar sobre antecedentes de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes tipo 1 ou 2, Cardiopatia;
- Neoplasias;
- Osteoporose;
- Distúrbios endócrinos;

### **Hábitos de vida e história social**

- Exercícios físicos;
- Tabagismo;
- Etilismo;
- História ocupacional (profissão atual e anterior, idade em que começou a trabalhar, acidentes do trabalho, contato com agentes tóxicos ou infecciosos, medo de demissão, situação previdenciária e sindical, aposentadoria);
- Condições da habitação (atual e anteriores); grau de instrução; relacionamento amoroso, vida familiar e social;
- Situação econômica (salário, orçamento familiar, quantas pessoas trabalham e contribuem para o mesmo, responsabilidade do paciente, dificuldades e limitações).

## **EXAME FÍSICO DO ADULTO**

Deve-se sempre explicar ao paciente o que será realizado, com o intuito de prepará-lo para o exame. Sempre solicitar uma licença prévia. Também é necessário fazer a higienização das mãos antes e após o exame físico.

### **Ectoscopia**

A ectoscopia começa já na anamnese e se estende ao longo de todo o atendimento clínico.

Observe o estado geral do paciente e classifique em bom estado geral (BEG), regular estado geral (REG) e mau estado geral (MEG), e também analise:

- Traje, arrumação e higiene pessoal, além de quaisquer odores corporais e hálito.

- Postura, atividade motora e marcha;
- Expressões faciais e comportamento; reação a pessoas e coisas no ambiente;
- Forma de falar do paciente, estado de vigília ou nível de consciência.

### **Sinais vitais**

Anote: pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, temperatura axilar e escala de dor (se estiver no contexto).

### **Pele e anexos**

Identifique lesões (manchas, nódulos, cistos), registrando localização, distribuição, disposição, tipo e coloração. Inspeção e palpe couro cabeludo e as unhas. Estude as mãos (e pés) do paciente. Continue sua avaliação da pele no decorrer do exame de outras regiões corporais

### **Cabeça**

Examine cabelo, couro cabeludo, crânio e face.

### **Olhos**

Verifique a acuidade visual e rastreie os campos visuais. Observe a posição e o alinhamento dos olhos, bem como as pálpebras. Inspeção a esclerótica e a conjuntiva dos dois olhos. Com uma iluminação oblíqua, inspecione a córnea, a íris e o cristalino de ambos os olhos, individualmente.

Compare as pupilas e teste suas reações à luz. Avalie os movimentos extraoculares. Com um oftalmoscópio, inspecione o fundo de olho.

### **Ouvidos**

Inspeção as orelhas, os canais e os tímpanos. Use o otoscópio. Verifique a acuidade auditiva. Se estiver diminuída, avalie a lateralização (teste de Weber) e compare a condução aérea e óssea (teste de Rinne).

### **Nariz e seios paranasais**

Examine a mucosa externa e, com a ajuda de iluminação e espéculo, inspecione mucosa nasal, septo e cornetos. Palpe para verificar presença de hipersensibilidade dos seios frontais e maxilares. Use o foco de transluminação.

### **Boca e faringe**

Inspeção lábios, mucosa oral, gengivas, dentes, língua, palato, amígdalas e faringe. Remova próteses (se presentes). Avalie a oclusão dentária e a articulação



temporomandibular. Verifique lesões e características.

### **Pescoço**

Inspecione e palpe os linfonodos cervicais. Registre quaisquer massas ou pulsações incomuns no pescoço. Palpe desvios da traquéia. Observe o ruído e esforço da respiração do paciente. Inspecione e palpe a glândula tireóide. Ausculta de carótidas. Inspecção jugular.

### **Região ântero-posterior do tórax e pulmões**

Inspecione, palpe e percute o tórax. Identifique o nível da macicez diafragmática de cada lado. Ausculta os ruídos respiratórios, identifique quaisquer ruídos adventícios e, caso indicado, ausculta os sons da voz transmitida.

### **Mamas, axilas e gânglios epitrocleares**

Na mulher, inspecione as mamas com os braços da paciente relaxados e levantados e, a seguir, com as mãos comprimindo os quadris. Nos dois sexos, inspecione as axilas e tente palpar gânglios axilares. Tente identificar gânglios epitrocleares.

A essa altura, você já terá feito algumas observações preliminares sobre o sistema musculoesquelético. Já terá inspecionado as mãos, analisado as costas e, pelo menos nas mulheres, feito uma estimativa razoável do raio de movimento dos ombros. Utilize esta observação e outras subseqüentes para decidir se existe justificativa para um exame musculoesquelético minucioso.

### **Sistema musculoesquelético**

Examine mãos, braços, ombros, pescoço e articulação temporomandibular com o paciente ainda sentado. Inspecione e palpe as articulações e verifique a amplitude do movimento.

### **Sistema cardiovascular**

Inspecione e palpe as pulsações da carótida. Pesquise sopros carotídeos. Observe as pulsações venosas jugulares e verifique a pressão venosa jugular em relação ao ângulo do esterno. Inspecione e palpe o precórdio. Observe localização, diâmetro, amplitude e duração do ictus cordis. Ausculta o ápice e a margem inferior do esterno com a campânula do estetoscópio. Pesquise cada região auscultatória com o diafragma e tente detectar o desdobramento fisiológico da segunda bulha cardíaca e quaisquer ruídos ou sopros cardíacos anormais. Pesquise o refluxo hepatojugular.

### **Abdome**

Inspecione, ausculta, palpe e percute o abdome. Palpe superficial e, depois, profundamente (em busca de massas palpáveis). Avalie o fígado e o baço à percussão. Palpe o ponto cístico. Tente identificar os rins e a aorta abdominal. Execute as manobras específicas. Verifique presença de abaulamentos ou retrações.

Inspeção e Toque retal: hemorroidas, fissuras, próstata, etc

### **Membros inferiores**

Examine as pernas, avaliando os três sistemas (musculoesquelético, vascular e nervoso) enquanto o paciente ainda estiver em decúbito dorsal. Cada um desses sistemas será examinado mais detalhadamente quando o paciente ficar de pé.

#### **Sistema vascular periférico**

Observe edemas, manchas ou úlceras. Pesquise o sinal do cacifo. Palpe os pulsos radial, femoral, poplíteo, pedioso, tibial posterior. Faça manobras de enchimento e esvaziamento venoso e arterial; observe cianose de extremidades. Verifique (ou indague) tolerância à marcha (claudicação). Palpe os linfonodos inguinais.

Exames com o paciente de pé. Avalie:

- Sistema Vascular Periférico. Inspeção quanto à presença de veias varicosas.
- Sistema Musculoesquelético. Examine o alinhamento da coluna e seu raio de movimentação, o alinhamento das pernas e os pés.

#### **Sistema nervoso**

Observe a marcha e equilíbrio através da capacidade do paciente de andar colocando sucessivamente a ponta do dedo de um pé atrás do calcanhar do outro pé (teste heel-to-toe), de andar na ponta do pé, de andar nos calcanhares, de pular e de fazer ligeiras flexões no joelho. Realize a prova de Romberg e verifique a capacidade de preensão.

Exame neurológico ampliado, em algumas condições mentais: avalie o humor, processos e conteúdos ideativos, percepções anormais, discernimento e capacidade de julgamento, memória e atenção, informação e vocabulário, habilidade de cálculo, raciocínio abstrato e capacidade de construção.

Pares Cranianos: olfato, força da musculatura temporal e masseteriana, reflexos corneanos, movimentos faciais, reflexo de engasgo e força dos músculos trapézio e esternocleidomastóideo, neuralgias (trigêmeo).

Motor: Tono muscular, força muscular, movimentos alternantes rápidos e movimentos ponto a ponto.

Sensibilidade: Dor, temperatura, tato leve, posição, vibração e discriminação. Compare os lados direito e esquerdo e as regiões distal e proximal das extremidades.

Reflexos: Bicipital, tripital, supinador, pronador, flexor dos dedos, abdominal, patelar, aquileu. Observe a massa muscular (tônus e trofismo), a posição dos membros e quaisquer movimentos anormais.

Ao concluir seu exame, informe o paciente sobre o que fazer e esperar em seguida. Ajude-o a descer da mesa de exame e o oriente a vestir as roupas dele no biombo e voltar a sua cadeira. Quando tiver terminado, lave as mãos e limpe seu material ou descarte-o adequadamente.

# SAÚDE DO IDOSO

## CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM SAÚDE DO IDOSO

**PESSOA IDOSA:** Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a idade considerada idosa é estabelecida conforme o nível socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade. Nos países desenvolvidos, a idade se estende para 65 anos ou mais.

**IDOSO JOVEM:** São considerados idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos de idade.

**ANCIÃO:** São aqueles que têm entre 75 a 89 anos de idade.

**LONGEVO:** Idosos com idade superior a 80 anos.

**INDEPENDÊNCIA:** É a capacidade individual de executar algo com os próprios meios, sem a ajuda de outra pessoa.

**AUTONOMIA:** É a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações (autogoverno), estabelecendo e seguindo as próprias convicções.

**CAPACIDADE FUNCIONAL OU FUNCIONALIDADE GLOBAL:** é capacidade do indivíduo em manter plena as habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para que se tenha um cotidiano com independência e autonomia. A funcionalidade global é a base do conceito de saúde do idoso, que é considerado saudável quando é capaz de realizar suas atividades de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças. Independência e autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos diferentes. Existem pessoas com dependência física, mas capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que têm condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não têm condições de decidir e escolher com segurança sobre como, quando e onde se envolver nessas atividades. A perda da independência nem sempre se associa à perda de autonomia: um idoso com perda da capacidade de deambular, pode perfeitamente gerenciar sua vida com autonomia e participação social.

**DECLÍNIO FUNCIONAL:** é a perda da autonomia e/ou da independência, relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso de sistemas funcionais como a cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação, o que restringe a participação social do indivíduo. Esse declínio, ou seja, a perda da independência e/ou autonomia é decorrente das principais incapacidades associadas ao envelhecimento, conhecidas como as “Grandes Síndromes Geriátricas” ou “Gigantes da Geriatria”.

**SENESCÊNCIA:** é a alteração fisiológica produzida no organismo de um ser vivo com o decorrer do tempo, com ausência de mecanismos patológicos. Exemplos: embranquecimento dos cabelos, a perda de flexibilidade da pele rugas, diminuição de células (neurônios, osteoblastos, etc), alterações nos órgãos dos sentidos (presbiopia, presbiacusia, por exemplo), diminuição da reserva cognitiva, diminuição da função renal

e cardiopulmonar, perda hormonal. São mudanças que podem incomodar algumas pessoas, mas não são responsáveis de forma direta por patologias ou alteração funcional incapacitante.

**SENILIDADE:** pode ser descrita como as alterações patológicas do indivíduo idoso. São, portanto, doenças que comprometem a qualidade de vida das pessoas. Não podem ser considerados normais da idade, não acometem todos os idosos e podem levar a incapacidades.

Exemplos: a osteoartrose, a depressão, diabetes, hipertensão, demência.

# SEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

A semiologia da pessoa idosa deve seguir os mesmos preceitos da pessoa adulta, considerando e respeitando a propedêutica específica dessa faixa etária, diante das particularidades do processo de envelhecimento.

A abordagem geriátrica tem como ponto inicial a avaliação da funcionalidade global, com o objetivo de detectar precocemente a presença de declínio funcional, que se inicia na fase adulta.

Após os 30 anos de idade, a funcionalidade dos indivíduos começa a reduzir progressivamente devido ao processo natural e fisiológico de envelhecimento, que é lento, progressivo, heterogêneo, universal e irreversível. Essa intensidade de deterioração pode ser influenciada por vários fatores – constituição genética, hábitos de vida, meio ambiente, fatores socioeconômicos, acidentes, patologias – podendo acelerar ou retardar o surgimento de dependência.

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) ou Avaliação Geriátrica Multidimensional (AGM) ou Avaliação Geriátrica Global (AGG) é um processo diagnóstico multidimensional, com abordagem global ou abrangente, geralmente interdisciplinar, que utiliza instrumentos padronizados para avaliar os fatores que interferem na saúde do idoso, e para avaliar no mínimo as quatro principais dimensões, que são a capacidade funcional, as condições médicas, o funcionamento social e a saúde mental.

Para trabalhar com a complexidade dos problemas dos idosos, o profissional precisa coletar, organizar e usar adequadamente as informações clínicas e funcionais relevantes, com objetivos definidos. Por isso, a AGA tem que ser completa de modo a determinar as deficiências do ponto de vista médico, psicossocial e funcional, que podem comprometer as atividades de vida diária, interferindo negativamente na qualidade de vida.

Além de permitir um diagnóstico funcional e a identificação dos indivíduos em risco, a AGA também deverá ser estruturada de modo a servir para acompanhamento da evolução do paciente e para avaliar o prognóstico.

A presença de declínio funcional não deve ser atribuída exclusivamente à velhice e sim, ao sinal precoce de doença ou conjunto de doenças não tratadas, configuradas muitas vezes por sinais ou sintomas atípicos. A presença de algum grau de dependência funcional, definida como a incapacidade de realizar seus afazeres diários, deve estimular uma ampla investigação clínica, buscando alterações potencialmente reversíveis.

A AGA difere de um atendimento médico habitual, pois enquanto uma avaliação médica padrão obtém bons resultados em uma população não constituída de idosos, os resultados tendem a falhar na detecção dos problemas prevalentes nos idosos, por ser um grupo populacional com peculiaridades. Esses desafios referem-se, principalmente às grandes síndromes geriátricas, que poderão ser detectadas com auxílio da AGA.

Apesar do maior benefício ser identificado entre os idosos frágeis e os doentes, a

maioria dos pacientes idosos é beneficiada pela AGA, especialmente nos programas que incluem a avaliação, a reabilitação e o acompanhamento a longo prazo.

O principal objetivo da AGA, portanto, é avaliar o grau de funcionalidade do idoso, identificar as dificuldades e limitações (desde alterações básicas até às grandes síndromes geriátricas) e estabelecer a conduta terapêutica adequada e acompanhamento, juntamente com uma equipe multi e interdisciplinar.

Os componentes básicos da **AGA** incluem: **avaliação clínica** (incluindo as particularidades da anamnese do idoso e avaliação de saúde física geral) e **avaliação da funcionalidade global** (avaliação biopsicossocial, nutricional, ambiental) e utilização de **escalas** para avaliar essas funcionalidades.

## **AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA**

### **Peculiaridades da Anamnese**

Para que a avaliação clínica seja eficaz é necessário respeitar algumas peculiaridades durante a anamnese.

A comunicação com o paciente será eficiente e a história clínica fidedigna, a partir do momento que tomarmos certos cuidados: falar devagar, com tom de voz adequado, com olhar fixo para o paciente para que se facilite a leitura labial; usar gestos para ajudar na comunicação; ter cuidado para não gritar com os idosos, mesmo com aqueles que não ouvem bem.

Ao conduzir a anamnese é importante deixar que o idoso fale com certa liberdade, principalmente no início; porém, devido à quantidade de problemas e pela ordem cronológica, frequentemente confusa, na maioria das vezes, a anamnese deve ser orientada e conduzida.

O interrogatório sobre diversos aparelhos (ISDA) ou interrogatório complementar (IC) deve ser completo, pois é uma das etapas mais importantes da anamnese. Muitas alterações não citadas pelos pacientes ou familiares são lembradas apenas quando interrogadas. Alguns exemplos são: quedas, que podem gerar sequelas graves; disfunções sexuais, sobre as quais, os idosos ou idosas não falam espontaneamente; incontinências (urinária e/ou fecal), alterações bucais, como prótese dentária mal ajustada; distúrbios gastrointestinais, como plenitude pós-prandial, obstipação intestinal, diarreia ou empachamento.

A história medicamentosa é fundamental, considerando que os idosos são mais suscetíveis a eventos adversos e parte ou todo o problema atual pode ser secundário a isso. Os medicamentos em uso podem ajudar a conhecer diagnósticos anteriores. Recomendamos que o idoso seja instruído a levar, em todas as consultas, a prescrição e todos os medicamentos em uso. Muitas vezes, somente com essa medida se tem conhecimento sobre automedicação, posologia incorreta, uso de mais de um fármaco com o mesmo objetivo, etc.

Importante fazer o rastreio das alterações que podem fazer parte das grandes síndromes geriátricas.

Pelo conceito atual, o termo “síndrome geriátrica” descreve condições apresentadas por idosos que não se encaixam em categorias de doenças específicas, mas que são altamente prevalentes, têm etiologia multifatorial e associam-se a múltiplas comorbidades e desfechos negativos, como incapacidade e piora da qualidade de vida.

A saúde do idoso está estritamente relacionada com sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, ou seja, autonomia e independência, que são determinadas pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação (que veremos mais adiante).

## AS GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS

As **síndromes geriátricas** são consideradas os “7 Is” da geriatria:

- A. Incapacidade Cognitiva**
- B. Iatrogenia**
- C. Incontinência esfincteriana**
- D. Instabilidade Postural e Quedas**
- E. Imobilidade**
- F. Incapacidade comunicativa**
- G. Insuficiência familiar**

### **A. Incapacidade cognitiva**

Cognição é o conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. Incapacidade Cognitiva é um diagnóstico sindrômico de um paciente com declínio cognitivo e funcional. Resulta do comprometimento das funções mentais como a cognição (demência), humor (depressão), consciência (delirium), pensamento e senso percepção (“doença mental”).

As alterações cognitivas que não apresentam prejuízo na funcionalidade do paciente não podem ser descritas como incapacidade cognitiva, e essas alterações constituem o transtorno cognitivo leve.

As funções cognitivas não são afetadas de forma significativa no envelhecimento. Ocorre lentificação cognitiva global, sem, contudo, comprometer a autonomia e a independência do idoso. A perda ocorre basicamente nas funções executivas, dificultando a realização simultânea de várias tarefas, lentificando o processo de aprendizagem e

resgate das informações. Esquecimento significativo, portanto, não faz parte das alterações normais da senescência. Na verdade, o declínio cognitivo que acompanha a idade tem início e progressão extremamente variáveis, dependendo de fatores educacionais, de saúde e personalidade, bem como do nível intelectual global e capacidades específicas do indivíduo.

Quando as incapacidades associadas ao envelhecimento e o prejuízo cognitivo passam a interferir nas atividades do cotidiano, possivelmente são condições patológicas. Por sua importância na saúde da população idosa, abordaremos algumas particularidades do Delirium, Depressão e Demência mais adiante, salientando a importância da história pregressa e o acompanhamento para a diferenciação e manejo adequado.

## **B. Iatrogenia**

Iatrogenia pode ser definida como um evento ou doença não intencional causado por uma intervenção, justificada ou não, por parte da equipe multiprofissional de saúde, que resulte dano à saúde do paciente (iatrogenia de ação). A iatrogenia também pode ser decorrente da omissão direta de uma intervenção bem estabelecida esperada ou de um procedimento de monitoramento (iatrogenia de omissão).

É fundamental evitar iatrogenia, principalmente em idosos devido à sua maior vulnerabilidade (predisposição às reações adversas associadas às drogas, às intervenções não-medicamentosas, presença de polipatogenia e de polifarmácia, além de incapacidades).

Tipos de iatrogenia:

- Internação hospitalar: que pode aumentar os riscos decorrentes do declínio funcional, da subnutrição, da imobilidade, da lesão por pressão e da infecção hospitalar;
- Iatrogenia da palavra: associada ao desconhecimento de técnicas de comunicação de más notícias;
- Iatrogenia do silêncio: decorre da dificuldade de ouvir de maneira correta o paciente e sua família;
- Subdiagnóstico: pela tendência a atribuir todas as queixas relatadas pelo idoso “à idade”, o que pode resultar grave erro;
- Cascata propedêutica: em que a solicitação de exames é feita de forma desnecessária, extensiva, sem indicação precisa;
- Distanásia: caracterizada pelo prolongamento artificial da vida sem perspectiva de reversibilidade, com sofrimento para o paciente e sua família; ou prescrição de intervenções fúteis e/ou sem comprovação científica: coloca paciente sob risco desnecessário;
- Iatrogenia do excesso de intervenções reabilitadoras: o excesso de “equipe interdisciplinar” pode trazer consequências desfavoráveis ao paciente, assim

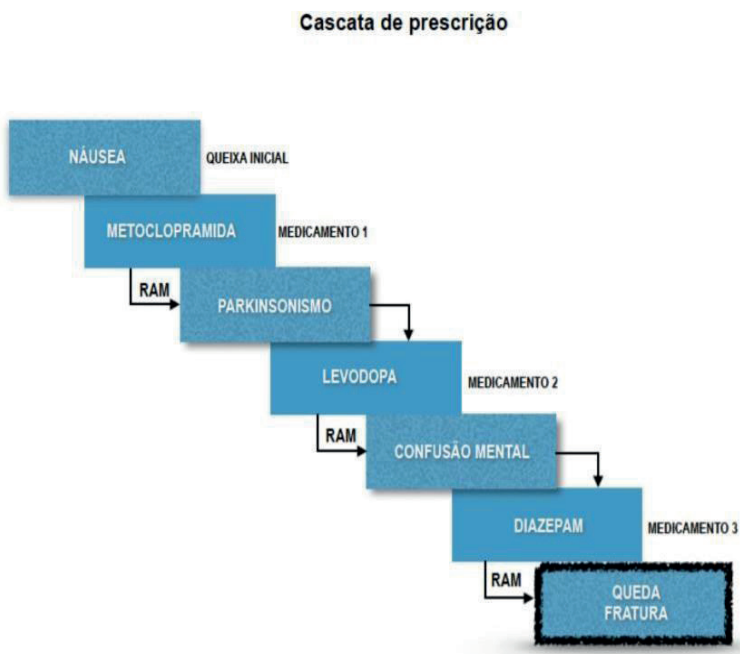


como o faz a polifarmácia.

- Iatrogenia: decorrente do uso de medicamentos, de polifarmácia, da interação medicamentosa, do desconhecimento das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento, ou seja, quaisquer reações adversas à medicamentos (RAM). De maneira geral, a causa mais frequente de iatrogenia em idosos se relaciona ao uso de medicamentos e, por isso a importância de se ficar atento à “farmácia” da pessoa idosa.

A falha em reconhecer uma RAM tem o potencial de comprometer a saúde do idoso, particularmente quando a reação é interpretada como sintoma de novo problema de saúde e tratada com outra droga, resultando na Cascata de Prescrição (figura 1).

FIGURA 1: Exemplo de Cascata de prescrição.



Fonte: Kalish LM, Caughey GE, Roughead ES, Gilbert AL. The prescribing cascade. *Austr Prescr* 2011;34:162-6.

Reconhecendo todas estas questões, diversos autores e sociedades médicas tem desenvolvido guidelines de prescrição para idosos, com o objetivo de evitar a polifarmácia, interações medicamentosas, cascata de prescrição e uso de medicamentos potencialmente inapropriados.

Os dois critérios mais conhecidos e utilizados são os Critérios de Beers e STOPP-START, que tem sido usados como fonte de orientação para prescrição adequada para idosos.

A maior parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem ao idoso. Trata-se de síndrome geriátrica potencialmente reversível e prevenível.

### C. Incontinência Urinária

A incontinência urinária (IU) é descrita como a queixa de qualquer perda involuntária de urina. A sua prevalência aumenta com a idade, é mais comum em mulheres e é maior em idosos de instituições de longa permanência. A prevalência de seus tipos específicos é difícil de ser relatada devido à grande variação nas definições.

Em 50% das mulheres com IU observa-se incontinência de esforço, a seguir, mista e, por último, de urgência. O avançar da idade torna a IU de urgência a forma mais comum. A estimativa nos homens é mais complicada de ser realizada porque a sua história natural é afetada pelo tratamento das doenças prostáticas. A IU pode ser:

- De estresse (Incontinência de esforço): descrita como perda involuntária de urina sincrônica ao esforço, espirro ou tosse. Pode ser causada, em mulheres, pela fraqueza do assoalho pélvico e, em homens, após prostatectomia radical;

Representa, frequentemente, à queixa de diminuição da complacência vesical ou de bexiga hipersensível;

Está associada frequentemente à diminuição da complacência vesical ou bexiga hiperativa.

- De urgência: descrita como perda involuntária de urina, associada ou imediatamente precedida de urgência miccional. Há, em geral, queixa associada de polaciúria e noctúria. Representa, frequentemente, à queixa de diminuição da complacência vesical ou de bexiga hipersensível;
- Mista: descrita como perda involuntária de urina concomitante à urgência miccional e ao esforço;
- Incontinência paradoxal ou Por transbordamento: Decorre da hiperdistensão vesical geralmente secundária a um mau esvaziamento, seja por obstrução ou por hipocontratilidade detrusora, permanecendo a bexiga cheia e perdendo urina por transbordamento.
- Incontinência funcional: ocorre sem que haja alterações do trato urinário, por impossibilidade de acessar o banheiro em tempo, devido a limitações de mobilidade, cognitivas ou barreiras ambientais.

Algumas causas de incontinência em idosos são transitórias e podem ser lembradas através do epônimo DIURAMID:

Delirium (ou estado confusional agudo): é uma síndrome cerebral orgânica, de origem multifatorial, mas sempre reversível e associado a uma causa clínica como pneumonia, infecção urinária, impactação fecal, distúrbio hidroeletrólítico, etc, que ocasiona redução

da taxa de metabolismo cerebral.

**Infecção urinária:** associada à irritação do trato urinário pela infecção, frequente nos idosos e nem sempre relacionada à sintomatologia miccional.

**Uretrite e vaginite atrófica:** a deficiência estrogênica na menopausa prejudica a fisiologia dos tecidos do trato gênito-urinário, levando a IU, urgência e disúria;

**Restrição da mobilidade:** limita o acesso ao banheiro. Pode resultar de diferentes causas tratáveis como distúrbios do sistema musculoesquelético, descondicionamento físico, hipotensão postural;

**Aumento de débito urinário:** ingestão excessiva de líquidos, hiperglicemia, distúrbios metabólicos (hipercalcúria), insuficiência cardíaca (nictúria patológica);

**Medicamentos:** são as causas mais comuns de IU e a precipitam por diversos mecanismos. Entre os fármacos que podem levar à IU, os de uso mais comum são os diuréticos (principalmente furosemida), haloperidol, diazepam e os betabloqueadores. Além disso, o álcool e a cafeína também predis põem à IU;

**Impactação fecal:** a impactação fecal tem um efeito irritativo sobre a bexiga e também obstrutivo, dificultando a passagem da urina através da uretra, causando IU paradoxal;

**Distúrbios psíquicos:** a depressão pode levar à perda do interesse, inclusive para a micção. Todas estas causas devem ser investigadas em pacientes incontinentes, pois além de serem potencialmente reversíveis, causam aumento da morbidade.

É importante ressaltar que a manutenção da continência não depende apenas da integridade do trato urinário, mas também de capacidade cognitiva que permita a percepção da necessidade de urinar e de localizar o sanitário, assim como de adequada mobilidade, que permita a este indivíduo deslocar-se.

#### **D. Instabilidade Postural e Quedas**

O equilíbrio corporal é mantido pela integração entre informações sensoriais captadas pela visão, sistema vestibular e propriocepção, permitindo alterar e corrigir, se necessário, as mudanças de posição do corpo em relação à base de sustentação. As informações visuais que colaboram com o equilíbrio são: a localização e a distância de objetos no ambiente, o tipo de superfície onde se dará o movimento e a posição das partes corporais, uma em relação à outra e ao ambiente.

O processo senescente dos sistemas mencionados, como a alteração dos sentidos, diminuição de reflexos, declínio da força muscular e/ou massa muscular, rigidez das articulações, alteram o equilíbrio e marcha do idoso, podendo gerar um quadro de instabilidade postural.

Tal situação ainda pode ser agravada por reações adversas de medicamentos que podem provocar tonturas ou hipotensão postural, também muito comuns, e que devem ser investigadas. Além de doenças (osteomioarticulares, cardiovasculares, neurológicas, entre

outras) que poderão predispor o aparecimento de quedas.

Segundo a OMS, queda deve ser definida como o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, excluindo-se mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes e outros objetos.

A frequência de quedas aumenta com a idade e grau de fragilidade. É necessário conhecer as condições que a desencadearam, como ocorreu, quais os sinais e sintomas que a antecederam, se o idoso conseguiu se levantar sozinho e se houve complicações.

As quedas constituem a sexta causa de morte em idosos e são responsáveis por 40% das suas internações. As quedas provocam desde leve escoriações e contusões até lesões mais graves, como traumatismo cranioencefálico com hematoma subdural e fraturas (quadril, por exemplo), com alta morbimortalidade.

Outra complicação frequente da queda é o medo de cair (ptofobia) novamente, pois o idoso fica receoso em deambular normalmente, muitas vezes ficando restrito ao leito ou à cadeira, aumentando o prejuízo da sua funcionalidade, e gerando uma cascata de consequências.

A todos os idosos, deve ser sempre questionada a ocorrência de quedas, lembrando que as causas em geral são múltiplas e seu manejo deve ser individualizado, na dependência dos achados da anamnese e exame físico, devendo-se instituir medidas preventivas para evitar quedas primárias ou recorrentes.

## **E. Imobilidade**

Amobilidade é uma das mais importantes funções corporais e o seu comprometimento, além de afetar diretamente a independência do indivíduo, pode levar a consequências desastrosas.

A definição de mobilidade é ampla, associando-se intrinsecamente ao movimento ou deslocamento no espaço, possibilitando a independência do indivíduo.

Por imobilidade entende-se qualquer limitação do movimento, seja ela parcial ou completa. Representa fator determinante da qualidade de vida. O espectro de gravidade é variável e geralmente é progressivo.

No grau máximo de imobilidade, conhecido como síndrome de imobilização ou da imobilidade completa, o idoso é dependente completo: apresenta déficit cognitivo avançado, rigidez e contraturas generalizadas e múltiplas, afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal, lesões por pressão (LPP), necessitando de cuidados em tempo integral.

Todos os sistemas fisiológicos, de fato, perdem progressivamente as suas funções, com a imobilidade constituindo a etapa final da história natural de inúmeras doenças que acometem os idosos, e que pode ser evitada ou amenizada.

As principais comorbidades da imobilidade em cada sistema são:

- Sistema cardiovascular: hiporresponsividade barorreceptora (hipotensão ortostática); intolerância ortostática (taquicardia, náusea, sudorese e síncope após repouso prolongado); redistribuição do volume circulante dos membros inferiores para a circulação central (especialmente para o pulmão); redução da capacidade aeróbica, com diminuição da tolerância ao exercício; alto risco de trombose venosa profunda;
- Sistema respiratório: redução do volume corrente e da capacidade vital; hipersecreção brônquica; tosse ineficaz; atelectasia; pneumonia; retenção de secreção; embolia pulmonar; insuficiência respiratória;
- Sistema digestório: anorexia secundária a restrição dietética, efeito de medicamentos, alterações psíquicas; desidratação por redução da ingestão hídrica; alto risco de aspiração pulmonar por engasgo, tosse ou refluxo associados a posicionamento inadequado; doença do refluxo gastroesofágico: constipação intestinal e fecaloma;
- Sistema geniturinário: aumento do volume residual da bexiga e alto risco de retenção urinária (“bexigoma”); alto risco de incontinência urinária de urgência, transbordamento e/ou funcional; alto risco de infecção urinária aguda ou recorrente e bacteriúria assintomática; nefrolitíase (hipercalciúria da imobilidade e pouca ingestão de água);
- Pele: intertrigo nas regiões de dobras cutâneas, particularmente nas regiões inframamária e interglútea; dermatite amoniacal da “fralda”; escoriações, lacerações e equimoses, frequentemente causadas por manipulação inadequada do idoso; xerodermia; prurido cutâneo; lesão por pressão, redução do tônus e da força muscular (atrofia); redução da elasticidade das fibras colágenas com hipertonia, encurtamento muscular e tendinoso e contraturas.

## **F. Incapacidade comunicativa**

A comunicação é a atividade fundamental e primordial do ser humano. Alguns problemas de comunicação podem resultar em perda de independência e sentimento de desconexão com o mundo, sendo um dos piores aspectos dos problemas causados pela idade.

A incapacidade comunicativa é a perda da capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos, por comprometimento da visão, audição e fala. A visão foi incluída como uma das habilidades comunicativas, atuando de forma compensatória na ausência das outras habilidades de comunicação oral-verbal, ou de forma complementar, como no caso da linguagem gestual. Pode ser considerada importante causa de restrição social ou isolamento, comprometendo a capacidade de realização das decisões tomadas, afetando diretamente a independência do indivíduo.

Aproximadamente 1/5 da população com mais de 65 anos apresenta problemas

de comunicação. O geriatra ou o clínico que terá contato com esses pacientes, precisa saber como reconhecer esses problemas, que podem ser relacionados ao processo do envelhecimento (alteração senescente) e/ou relacionado à uma comorbidade (alteração senil).

**PRESBIACUSIA:** é definida como diminuição auditiva relacionada ao envelhecimento, por alterações degenerativas, fazendo parte do processo geral de envelhecimento do organismo.

**PRESBIFONIA:** o envelhecimento da voz, que ocorre em uma parcela de homens e mulheres com mais de 60 anos.

**PRESBIOPIA:** é uma alteração fisiológica decorrente do envelhecimento que se caracteriza pela diminuição progressiva da capacidade acomodativa máxima, com consequente diminuição da acuidade visual ao perto.

A Presbiacusia é a forma mais comum de perda auditiva entre idosos, afetando inicialmente sons de alta frequência, com piora progressiva. Apesar de altamente prevalente, é muitas vezes negligenciada. As consequências das perdas auditivas podem ser graves, pois ela se associa a isolamento social, declínio funcional, piora da qualidade de vida, sintomas depressivos e declínio cognitivo.

A comunicação verbal tende a ser comprometida com o avanço da idade, em decorrência da redução da eficiência do aparelho fonador e do decréscimo da capacidade pulmonar, que resultam em diminuição dos tempos máximos de fonação, restrição da intensidade vocal, aumento das pausas e diminuição da velocidade da fala. Esse processo de envelhecimento da voz é chamado de presbifonia. Os distúrbios da fala ocorrem quando há alteração na qualidade (disfonia) da voz, na articulação das palavras (disartria) ou na compreensão/expressão (afasia).

Com o envelhecimento, ocorrem mudanças no sistema visual, o mais comum é a presbiopia, que é o erro de refração típico do avançar da idade. As doenças oculares são comuns nessa faixa etária e raramente trazem risco direto à vida, mas se associam a situações de grande impacto para os idosos, como o declínio funcional e social, uso de recursos comunitários, depressão, quedas, institucionalização e aumento de mortalidade. As principais causas de perda visual grave ou cegueira no envelhecimento são a degeneração macular, glaucoma e catarata, além das complicações oculares do diabetes e hipertensão mal controlados. Os erros de refração são também comuns e passíveis de correção.

### **G. Insuficiência Familiar**

É a perda da capacidade da família para prover os cuidados, dar apoio e suporte ao idoso, por ausência ou por falta de condições. Não deve ser confundida com negligência ou abandono, pois muitas vezes a família deseja cuidar do seu idoso frágil ou dependente, mas não reúne condições para isto.

O ambiente familiar é imprescindível na avaliação multidimensional do idoso. A família constitui-se na principal instituição cuidadora dos idosos frágeis, devendo ser privilegiada nessa sua função. A redução da taxa de fecundidade trouxe profundas modificações na estrutura familiar. O número de filhos está cada vez menor e as demandas familiares são crescentes, limitando tanto a disponibilidade dos pais de cuidarem de seus filhos quanto dos filhos de cuidarem de seus pais

Por conseguinte, o aumento participativo da mulher no mercado de trabalho, a valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais contribuem para as modificações nos arranjos domiciliares. Essas mudanças sociodemográficas e culturais têm repercussões na capacidade de acolher as pessoas com limitações, que antes dependiam de apoio e cuidado familiar.

A própria modificação nas dimensões das habitações limita as possibilidades de cuidado adequado às pessoas com grandes síndromes geriátricas, como a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfinteriana. Essa fragilização do suporte familiar deu origem à essa grande síndrome geriátrica, a insuficiência familiar, cuja abordagem é extremamente complexa.

A família, embora queira cuidar de seu idoso, pode não ter os meios para isto e ser acusada indevidamente de violação dos direitos do idoso. Por outro lado, deve-se também estar atento aos indicadores de violência domiciliar, abuso e maus tratos. Assim, em todo atendimento de idosos, deve-se investigar a composição familiar, o risco psicossocial, e também lembrar da importância do papel do cuidador familiar, que frequentemente é também idoso, com diferentes problemas de saúde para manejar, devendo também receber atenção e cuidado pela equipe de saúde.

Atualmente, além dos “7 Is”, podemos incluir Sarcopenia e Fragilidade como grandes síndromes geriátricas, de fundamental importância e que serão abordadas mais adiante.

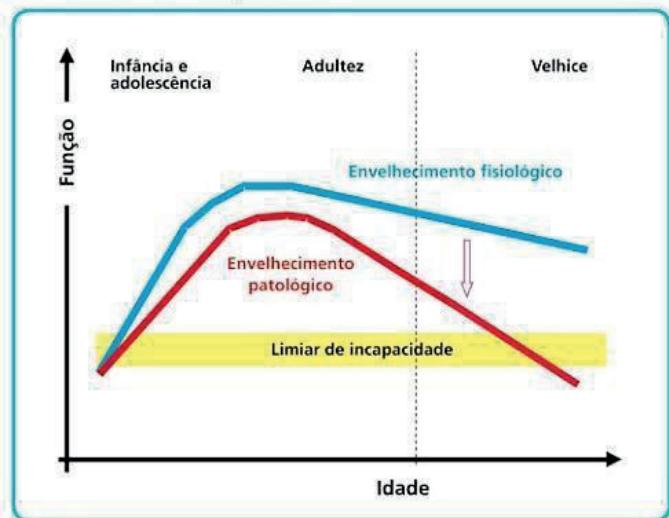
Realizada a avaliação clínica do idoso, em busca de alterações peculiares dessa faixa etária, através de uma boa anamnese e exame físico, a próxima etapa da AGA será a avaliação da funcionalidade global com utilização de escalas e testes validados para essa finalidade.

## **AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA – AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DO IDOSO**

A funcionalidade é definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo e é a base do conceito de saúde para o idoso, além de ser o ponto fundamental em sua avaliação. Essa compreensão é importante, pois vai ao encontro do conceito ampliado de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que aponta a relação dinâmica entre as condições de saúde física, saúde mental, autonomia, integração social,

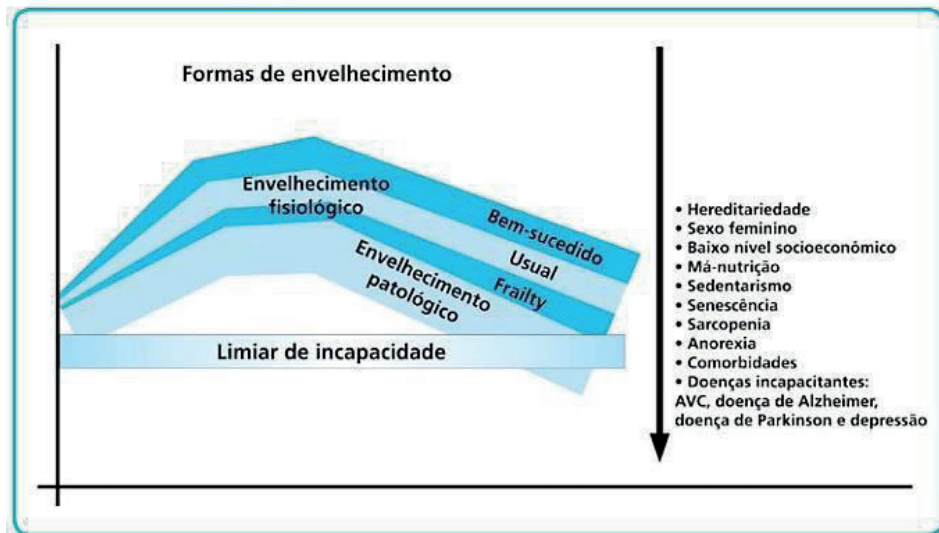
suporte familiar, independência econômica e fatores ambientais como ponto fundamental na avaliação da capacidade funcional do idoso longo.

Gráfico 1 – Funcionalidade global x idade



Fonte: Moraes (2008).

Gráfico 2 – Formas de envelhecimento

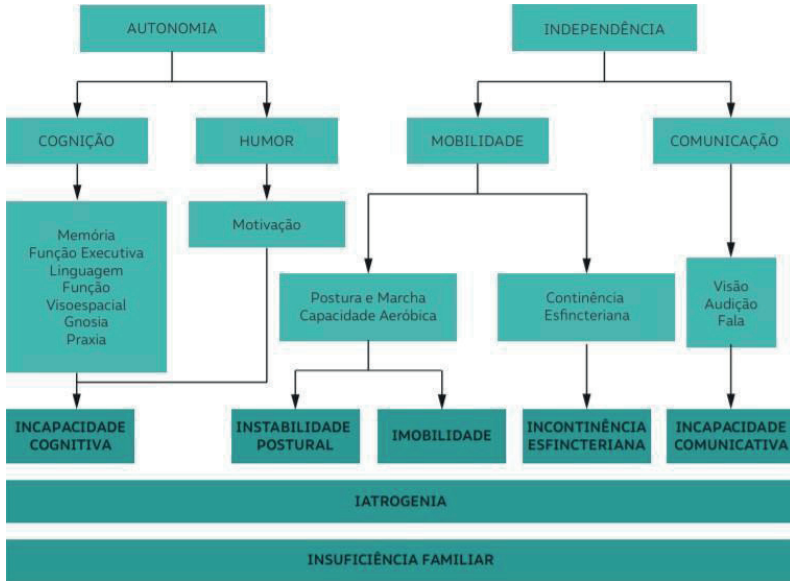


Fonte: Moraes (2008).

E para entender a funcionalidade da pessoa idosa de maneira global, deve-se complementar a anamnese e o exame clínico com a avaliação dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação, além de outras variáveis das grandes síndromes (figura 2).



Figura 2: Síndromes geriátricas.



FONTES: MORAES EN et al, 2010.

As outras variáveis das grandes síndromes geriátricas que devem ser avaliadas são:

1. Atividades de Vida diária
2. Saúde mental (cognição, humor e comportamento)
3. Comunicação/ Órgãos dos Sentidos
4. Polifarmácia
5. Comorbidades
6. Equilíbrio e Mobilidade
7. Risco de quedas e Avaliação ambiental
8. Estado Nutricional
9. Sarcopenia
10. Fragilidade

A seguir, será apresentado, cada um dos aspectos acima avaliados na AGA através de seus respectivos instrumentos e escalas validadas:

## ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

As atividades básicas são aquelas que se referem ao autocuidado, ou seja, são as atividades fundamentais necessárias para realizá-lo: tomar banho, vestir-se, promover

higiene, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência e capacidade de alimentar-se.

Essas atividades foram denominadas atividades básicas de vida diária, ou, simplesmente, atividades de vida diária (AVD), avaliadas pela Escala de Katz (figura 3).

A Escala de Katz está presente na maioria das avaliações multidimensionais e tem mostrado sua validade nas últimas décadas. Sua elaboração é baseada na conclusão de que a perda funcional segue um padrão igual de declínio, isto é, primeiro se perde a capacidade de banhar-se, seguida pela incapacidade de vestir-se, transferir-se e alimentar-se e, quando há recuperação, ela ocorre em ordem inversa.

Figura 3: Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)

ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para 01 parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

FONTE: Modificado de Katz *et al*, 1970.

INTERPRETAÇÃO: a pontuação varia de 0 (ZERO) a 6 (SEIS) pontos, onde 0 (ZERO) indica total dependência para desempenho das atividades e 6 (SEIS), independência total; pontuação intermediária: dependência parcial na realização de todas as atividades propostas.

Para uma vida totalmente independente e ativa socialmente, executando as atividades rotineiras do dia a dia, o idoso deve usar os recursos disponíveis no meio ambiente. O conjunto dessas atividades foi denominado atividades instrumentais da vida diária (AIVD), avaliadas pela escala de Lawton (figura 4). Estão relacionadas com a realização de tarefas mais complexas ou consideradas “difíceis”, como arrumar a casa, telefonar, viajar, fazer compras, preparar os alimentos, controlar e tomar os remédios e administrar as finanças

Em algumas circunstâncias, deve ser relevada a incapacidade de uma pessoa realizar tarefas para as quais não tenha habilidade (ou nunca tenha feito), como cozinhar, por exemplo, prejudicando a análise de sua independência.

Figura 4: Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
<b>TOTAL</b>			

FONTE: Lawton & Brody, 1969; Lawton, 1971.

**INTERPRETAÇÃO:** a pontuação máxima é de 27 pontos, onde 9 pontos indicam total dependência; 10 a 15 pontos: dependência grave; 16 a 20 pontos: dependência moderada; 21 a 25 pontos: dependência leve; 25 a 27 pontos: independência.

As escalas de AVDs (Katz) e AIVDs (Lawton) devem ser sempre aplicadas, de modo a auxiliar na classificação do idoso quanto ao grau de dependência: idoso é dependente, semi-dependente ou independente.

As atividades avançadas de vida diária (AAVD) são as atividades consideradas cotidianas, voluntárias específicas para cada indivíduo e influenciadas por fatores socioculturais, educacionais e motivacionais. São mais complexas que as atividades básicas e as instrumentais e não estão incluídas na avaliação funcional do idoso de forma sistematizada. Os exemplos são dirigir carro, praticar esportes, pintar, tocar instrumento musical, participar de ações voluntários ou atividades políticas, entre outras. Essas atividades não são fundamentais para uma vida independente, porém, demonstram maior capacidade e podem contribuir para melhor saúde física e mental e, por conseguinte, melhor qualidade de vida. São importantes para avaliação de programas de promoção à saúde e reabilitação.

O comprometimento das atividades de vida diária (básicas, instrumentais ou avançadas) pode ser resultado de uma doença grave ou conjunto de patologias que

comprometam direta ou indiretamente essas funcionalidades, e, portanto, deverão fazer parte da avaliação inicial da AGA para correlacionar com as alterações que estejam promovendo o declínio da independência do idoso.

## SAÚDE MENTAL (COGNIÇÃO, HUMOR E COMPORTAMENTO)

Por meio da avaliação funcional cognitiva, do humor e comportamento podem ser identificadas as principais alterações da saúde mental do idoso: os chamados 3 Ds da Geriatria: **Demência, Depressão e Delirium**. São condições de alta prevalência no idoso, e que requer detecção e manejo precoces, para amenizar a evolução para a incapacidade cognitiva e perda da autonomia. O comprometimento cognitivo, mesmo que leve, torna um idoso em risco de fragilização.

A cognição, juntamente com o humor (motivação), é fundamental para a manutenção da autonomia. Portanto, o uso de escalas de triagem para auxílio diagnóstico dessas alterações são fundamentais na avaliação geriátrica, incluindo sempre as escalas de AVDs e AIVDs, para avaliar se o distúrbio está interferindo nas atividades do dia-a-dia, e consequentemente na qualidade de vida da pessoa acometida.

**Demência** está relacionada com a cognição.

As funções cognitivas são relativas às capacidades mentais que permitem a compreensão e resolução dos problemas diários.

O desempenho insuficiente em quaisquer das áreas cognitivas pode ser decorrente de demência, mas também de delirium, deficiência intelectual, ansiedade e baixo nível de escolaridade.

### **Funções cognitivas:**

**Orientação:** capacidade de o paciente se localizar em tempo e espaço, permitindo a este ter consciência de sua própria existência e do contexto no qual se encontra em um determinado momento. Avalia-se, questionando de forma natural em relação ao tempo-horário (dia da semana, ano, duração da consulta/ hospitalização), espaço-local (onde está, cidade, estado), e às pessoas (o próprio nome, de familiares)

**Função visuoespacial :** consiste na identificação do estímulo e na sua localização. Envolve a capacidade de compreender o espaço em duas e três dimensões, incluindo a percepção de objetos, a capacidade de reconhecer objetos familiares e a percepção espacial, a capacidade de avaliar a localização física dos objetos, isoladamente ou em relação a outros objetos.

**Função executiva:** capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoração de tarefas complexas;

**Linguagem:** capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita;

**Praxia:** capacidade de executar um ato motor;

**Gnosia:** capacidade de percepção de estímulos visuais, auditivos e táteis e de

reconhecimento de pessoas ou nomes;

**Atenção:** capacidade de concentração da atividade mental sobre um determinado objeto ou comando.

**Capacidade de aprendizado:** habilidade de registrar informações e evocar de forma imediata;

**Memória:** capacidade de armazenamento de informações. Para avaliar a memória remota, são feitas questões sobre datas de nascimento, número da identidade ou eventos históricos passados. Em relação à memória recente, deve questionar atividades e eventos do dia, do momento da consulta, garantindo a identificação de confabulação do paciente.

Avaliar a queixa de esquecimento é fundamental, tendo em vista a alta prevalência. Em relação à percepção do esquecimento, se este for mais percebido pelos familiares do que pelo paciente, o diagnóstico de demência deve ser considerado, associada à anosognosia (falha na percepção ou identificação do próprio defeito neurológico); caso este seja mais percebido pelo paciente e muito enfatizado por ele, levanta-se a hipótese de ansiedade ou depressão; quando a percepção do esquecimento é relativa (pelos familiares e/ou paciente), o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve é o mais provável.

O esquecimento também pode ser classificado em dois tipos, o tipo memória de trabalho, mais frequente em idosos, caracterizado por dificuldade em realizar várias tarefas ao mesmo tempo, anteriormente realizáveis, além de desatenção e dificuldades para lembrar-se onde guardou objetos ou de realizar compromissos pouco relevantes; em geral traz poucas repercussões nas atividades de vida diária; também cursa com distúrbios do sono. O tipo memória episódica causa repercussões maiores nas tarefas mais complexas e sugere diagnóstico de demência; o paciente apresenta desorientação temporal recente e de situações de sua própria vida, repetição de fatos e perguntas, além de buscar confirmação em suas falas com o acompanhante de forma automática. O caráter progressivo desse esquecimento é forte evidência de doença neurodegenerativa.

## **AVALIAÇÃO COGNITIVA**

**Funções cognitivas superiores, também podem ser abordadas:**

**Raciocínio abstrato** pode ser avaliado por meio da interpretação de provérbios pelo paciente, para que ele forneça o conceito correto;

**Capacidade construcional:** avaliada classicamente pelo teste em que se pede para desenhar o relógio.

Ao avaliar a cognição, podemos estabelecer qual é a causa da alteração cognitiva, que não se deve somente às demências.

Existem várias escalas para avaliar o estado cognitivo, sendo a mais utilizada o **Mini-exame do Estado Mental (MEEM)** (figura 5). Por ser fácil e de rápida aplicação, além de testar os principais aspectos da função cognitiva, o MEEM tornou-se um importante


instrumento de rastreio e prognóstico.

O mini-exame do estado mental (MEEM), descrito por Folstein, é o principal teste de avaliação das funções encefálicas superiores (avaliação cognitiva global) para o rastreamento sistematizado, permitindo avaliar orientação, atenção, cálculo e linguagem, e estratificar o declínio em leve, moderado e grave, adequando à escolaridade.

Figura 5: Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

**Identificação do cliente**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( )  
 Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p><b>Orientação Temporal Espacial</b></p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana?__ 1                      Dia do mês?_____ 1                      Mês?_____ 1                      Ano?_____ 1                      Hora aproximada?__ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local?_____ 1                      Instituição (casa, rua)? ____ 1                      Bairro?_____ 1                      Cidade?_____ 1                      Estado?_____ 1</p>	<p><b>Linguagem</b></p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: <b>FECHE OS OLHOS.</b> _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). <b>(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)</b> _____ 1</p>
<p><b>Registros</b></p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.                      -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo.                      Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p><b>3. Atenção e cálculo</b></p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra <b>MUNDO</b> de trás para frente. _____ 5</p>	
<p><b>4. Lembranças (memória de evocação)</b></p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão</p> <p>2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

FONTE: Bertolucci *et al*, 1994.

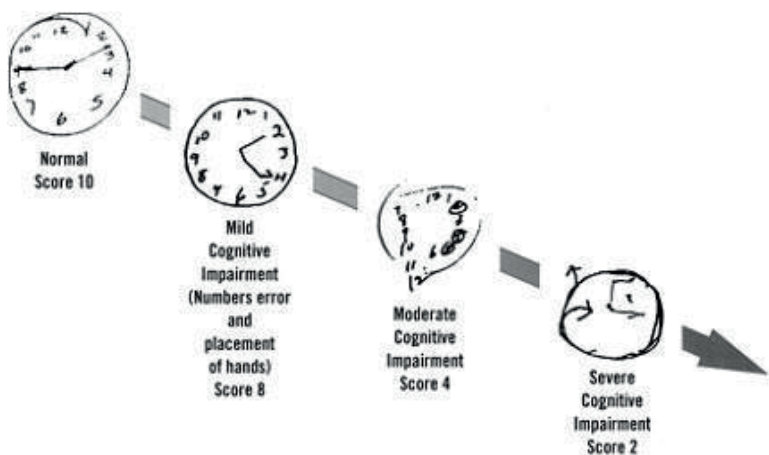
**INTERPRETAÇÃO:** Pontuação máxima = 30 pontos. Espera-se pontuação mínima de acordo com a escolaridade – analfabetos: 13 pontos; 1 até 8 anos de escolaridade: 18 pontos; mais de 8 anos de escolaridade: 26 pontos.

**OUTROS TESTES PARA AVALIAÇÃO COGNITIVA**

**Teste do Desenho do Relógio (TDR) (figura 6):** teste para avaliar funções executivas e habilidades visuo-especiais. Existem vários sistemas de pontuação, em

geral aplicamos o proposto por Sunderland et al, 1989 (abaixo). Além do resultado final, a observação do tempo e das estratégias usadas pelo paciente para desempenhar a tarefa são importantes. Deve-se solicitar ao paciente desenhar o relógio, marcando determinada hora (POR EXEMPLO: 2 HORAS E 45 MINUTOS), o examinador. pode oferecer o círculo, ou não. O teste não precisa ser cronometrado e pode ser repetido. A seguir faz-se a interpretação

Figura 6: Teste do Desenho do Relógio (TDR)



FONTE: Sunderland *et al.*, 1989.

Interpretação:

AVALIAÇÃO	10-6 PONTOS: RELOGIO E NUMERO ESTÃO CORRETOS
10	Hora certa (2:45 hs)
9	Leve distúrbio nos ponteiros (ex: ponteiro da hora sobre o 2)
8	Distúrbios mais intensos nos ponteiros (ex: marcando 2h20min)
7	Ponteiros completamente errados
6	Uso inapropriado (ex: uso de código digital ou de círculos envolvendo números)
AVALIAÇÃO	5-1 PONTOS: DESENHOS DO RELÓGIO E DOS NÚMEROS INCORRETOS
5	Números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio
4	Números faltando ou situados fora dos limites do relógio
3	Números e relógio estão conectados. Ausência de ponteiros
2	Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas o desenho apresenta vaga semelhança com um relógio
1	Não tentou ou não conseguiu representar um relógio

FONTE: autores.

**Teste de fluência verbal** (Brucki *et al.*, 1997) – para testar a memória semântica, função executiva e a linguagem, solicita-se ao paciente que enumere o máximo de animais ou frutas, em 1 minuto cronometrado. De acordo com o seguinte comando: “AGORA O



SR.(A) VAI ME FALAR NOMES DE ANIMAIS (OU FRUTAS), O MÁXIMO DE NOMES POSSÍVEIS. PODE SER QUALQUER TIPO DE ANIMAL (BICHO). FALE O MAIS RAPIDO QUE PUDER. PODE COMEÇAR.” (marque um minuto).

INTERPRETAÇÃO: é feita de acordo com a escolaridade - mais de 8 anos de escolaridade: mínimo de 13 pontos; menos de 8 anos de escolaridade: mínimo de 9 pontos. Não se pode contar, por exemplo, cachorro e cachorra (vale apenas como 1 animal), mas se for por exemplo macho e fêmea com estrutura nominal diferente, como bode e cabra, então pode contar como dois.

Uma vez rastreada a demência por instrumentos adequados, cabe determinar o provável diagnóstico, através de critérios bem estabelecidos no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (5.<sup>a</sup> edição ou **DSM-5**)

As demências, cuja denominação atual é **Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM**, segundo DSM-5), são causas importantes de dependência e de internação em instituições de longa permanência, pois para que haja um bom desempenho físico, mental e social é necessário que haja uma capacidade da função cognitiva preservada.

Para o diagnóstico, é necessário atender aos critérios da DSM-5:

1. *Prejuízo em uma ou mais das seguintes áreas cognitivas: Atenção; Funcionamento executivo; Aprendizado e memória; Linguagem; Percepção motora; Cognição social;*
2. *Declínio cognitivo progressivo;*
3. *Comprometimentos das atividades sociais (avaliados pelos testes de Katz e Lawton), laborais e/ou nas relações interpessoais;*
4. *Declínio cognitivo não causado por delirium ou outros transtornos mentais.*

Após estabelecimento do diagnóstico síndrômico do **TNM**, é preciso estabelecer a etiologia, que na maioria das vezes é multifatorial.

Especificamente sobre a síndrome demencial, é importante considerar inicialmente, as causas de demência potencialmente reversíveis, que são aproximadamente 5% (agrupadas mnemonicamente pela palavra TIME):

1. tóxicas: uso de drogas, álcool, metais pesados, drogas psicoativas;
2. infecciosas: neurosífilis, infecção pelo VIH;
3. metabólicas: deficiência de vitamina B12 e de ácido fólico, hipotireoidismo, hiponatremia, insuficiência renal e hepática;
4. estruturais: hidrocefalia de pressão normal, hematoma subdural e tumores.

Excluídas as causas potencialmente reversíveis, a maior causa são oriundas de processos degenerativos primários, entre as quais 50-60% associam-se à demência de Alzheimer (dA). Os demais grupos são constituídos pela demência: por corpos de Lewy, fronto-temporal, vascular e mista. É fundamental promover o diagnóstico diferencial entre elas, para instituir uma terapêutica e prognóstico adequados.



A busca ativa por pacientes com demência, principalmente nos estágios iniciais, tem por objetivos a preservação da função e autonomia pelo maior tempo possível, mantendo a qualidade de vida dos pacientes e seus cuidadores. Avanços importantes têm sido obtidos no diagnóstico e no tratamento das demências, apesar de não haver cura. Os medicamentos disponíveis atualmente oferecem modesto benefício sintomático, não havendo drogas modificadoras da doença.

**Depressão** está relacionada com distúrbio do humor.

O humor é definido como uma emoção abrangente e persistente, com influência sobre a percepção de mundo, e pode ser, em linhas gerais, classificado como eutímico, elevado ou depressivo. A presença de compulsões, obsessões, fobias e ansiedades tem associação com a presença de transtornos do humor e devem ser descritas. Na síndrome depressiva, o paciente mostra-se lúcido, orientado, atenção e interesse diminuídos, memória geralmente preservada, pensamento lentificado, humor deprimido, podendo haver, nos quadros depressivos graves, sentimento de despersonalização e ideação suicida. Os cuidados como vestuário e a higiene pessoal deterioram com a depressão e sintomas como dor crônica, perda ponderal e evolução rápida de doenças crônicas também podem estar presentes.

A etiologia é multifatorial (fatores biopsicosocial/ genético / ambiental) e a etiopatogenia está relacionada com as alterações do sistema de neurotransmissores e neuroreceptores.

Os fatores de risco para um idoso desenvolver depressão são: idade avançada; patologias crônicas; ansiedade; falta de vínculos e de suporte social; eventos estressantes da vida como uma viuvez recente ou outras perdas importantes; dores crônicas; viver sozinho.

O transtorno depressivo tem alta prevalência na população geriátrica; a duração costuma ser longa e tem mais recorrência, o que justifica o uso constante de escalas para sua detecção. Na maior parte das vezes, está mascarada em sintomas inespecíficos, os quais não melhoram, apesar de inúmeros tratamentos, levando à frustração o paciente, os familiares e o médico.

Os sinais e sintomas do Transtorno depressivo são:

- **Alteração do humor (sinal cardinal)**
- **Anedonia ou falta de prazer (sinal cardinal)**
- Alteração de apetite / peso
- Alteração do sono
- Alteração de concentração e/ou memória
- Alteração de psicomotricidade (letargia ou agitação)
- Alteração de interesse

- Fadiga
- Sentimento de Inutilidade ou culpa / baixa auto-estima
- Pensamento de morte ou ideação suicida.

Os critérios considerados para o diagnóstico, segundo **DSM-5**, são:

1. Distúrbio afetivo ou do humor: caracterizado por pelo menos 5 sinais e sintomas, persistentes, por pelo menos 2 semanas consecutivas;
2. 1 dos dois sinais cardinais devem estar presentes (humor deprimido ou anedonia);
3. Prejuízo funcional;
4. Não resulta de luto, outra doença ou medicamento.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (figura 7) é um instrumento útil para o rastreamento de sintomas depressivos, mas o diagnóstico deve ser feito pelo DSM-V.

Figura 7: Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

**Avaliação:**

**0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.**

**1 = Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.**

**Total > 5 = suspeita de depressão**

FONTE: Yesavage & Brink, 1983.

O prognóstico costuma ser favorável mediante diagnóstico e tratamento adequados, havendo, na maioria dos casos, melhora significativa do quadro cognitivo e das relações sociofamiliares

**DELIRIUM** ou Estado Confusional Agudo corresponde a um quadro de insuficiência cerebral aguda, podendo ocorrer quando um indivíduo é exposto a um ou mais agentes nocivos.

Segundo o Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders - 5º edição (DSM-5) , o diagnóstico deve seguir os seguintes critérios:

## Critérios Diagnósticos

- A. Perturbação da atenção (i.e., capacidade reduzida para direcionar, focalizar, manter e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).
- B. A perturbação se desenvolve em um período breve de tempo (normalmente de horas a poucos dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.
- C. Perturbação adicional na cognição (p. ex., déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção).
- D. As perturbações dos Critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neuro-cognitivo preexistente, estabelecido ou em desenvolvimento e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.
- E. Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância (i.e., devido a uma droga de abuso ou a um medicamento), de exposição a uma toxina ou de que ela se deva a múltiplas etiologias.

Além do DSM-5, outro instrumento que podemos lançar mão para o diagnóstico de Delírium é o Confusion Assessment Method (CAM), o qual apresenta alta sensibilidade (de 94 a 100%) e alta especificidade (de 90 a 95%) para detecção do quadro. Conforme tabela abaixo:

<b>1. Início Agudo e Evolução Flutuante</b>	Pode ser obtido por informação de familiares ou enfermagem: "Há evidência de mudança no estado mental basal?" "Alteração de comportamento variou durante o dia, ou seja, apareceu e desapareceu ou ↑ e ↓ de intensidade?"
<b>2. Inatenção</b>	Evidenciado por presença de: "Dificuldade de atenção/concentração, por exemplo, sendo facilmente distraído ou tendo dificuldades em manter entendimento do que está sendo dito?"
<b>3. Pensamento Desorganizado</b>	Evidenciado por presença de: "Pensamento do paciente desorganizado ou incoerente, como fluxo de idéias ilógico ou mudança de assunto de forma imprevisível"
<b>4. Nível de Consciência Alterado</b>	Qualquer Nível de Consciência Exceto Alerta: Normal = Alerta Hiperalerta = Vigilante Sonolento, facilmente Despertado = Letárgico Dificuldade em Despertar = Estupor Não Despertável = Coma

o Diagnóstico de Delírium se dá na Presença de **1 E 2 + 3 OU 4**. Sensibilidade de 94-100% e Especificidade de 90-95%.

Figura 8: CAM (Confusion Assessment Method)

Fonte: Moriguti et al., 2010.

A etiologia costuma ser multifatorial: Doenças clínicas (descompensações, infecções); uso ou abstinência de drogas ou psicofarmacos; polifarmácia; distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos; desordens do SNC; traumas; procedimentos cirúrgicos e anestésicos; mudança de ambiente; contenção física.

É importante salientar que a pessoa idosa pode apresentar quadro atípicos diante de doenças agudas e o Delirium pode ser a principal ou única apresentação destas. Além disso, trata-se de uma condição potencialmente controlável e reversível, quando detectado corretamente e corrigido sua causa-base.

Características que auxiliam no diagnóstico diferencial dos “3 Ds”:

Quadro 1: Fonte: autores.

Característica	<i>Delirium</i>	Demência	Depressão
Início	Súbito	Insidioso	Fatos desencadeadores
Curso	Flutuante, piora à noite	Estável e progressiva	Piora pela manhã, menos flutuações
Consciência	Reduzida	Normal	Normal
Atenção	Desordenada	Normal, exceto em casos graves	Prejuízo mínimo, distrativo
Cognição	Globalmente prejudicada	Globalmente prejudicada	Memória prejudicada, pensamentos negativos
Orientação	Prejudicada, flutua em gravidade	Prejudicada	Seletivamente prejudicada
Alucinações	Visuais e/ou auditivas	Ausentes ou demência específica	Ausentes, exceto em casos graves
Idéias delirantes	Fugazes, pobremente sistematizadas	Ausentes	Ausentes, exceto em casos graves
Linguagem	Incoerente, lenta ou rápida	Dificuldade em encontrar palavras e perseveração	Normal

## COMUNICAÇÃO

### Órgãos dos sentidos

É a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos. Depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Esta última é representada pela voz, fala e mastigação/deglutição.

O rastreamento da função auditiva deve ser feito anualmente entre os idosos, utilizando-se o teste do sussurro e a otoscopia para a detecção de rolha de cerúmen. O teste do sussurro (figura 9) avalia a compreensão de sons de baixa intensidade (30 dB) e alta frequência. É um teste simples, rápido e não exige nenhum instrumental específico. O examinador deve permanecer de pé, fora do alcance do campo visual dos pacientes, para evitar a leitura labial, a uma distância equivalente ao comprimento do braço do paciente

estendido (60 cm).

O examinador sussurra palavras ou frases selecionados aleatoriamente. Antes do teste, o paciente deverá ter compreendido o comando do teste que será realizado. Cada ouvido é testado individualmente e com combinações diferentes. O teste é considerado positivo caso o paciente não consiga repetir corretamente o que foi sussurrado. Caso positivo, o paciente deverá ser submetido à audiometria, exceto se não concordar com o uso de prótese auditiva.

Figura 9: Teste do Sussurro

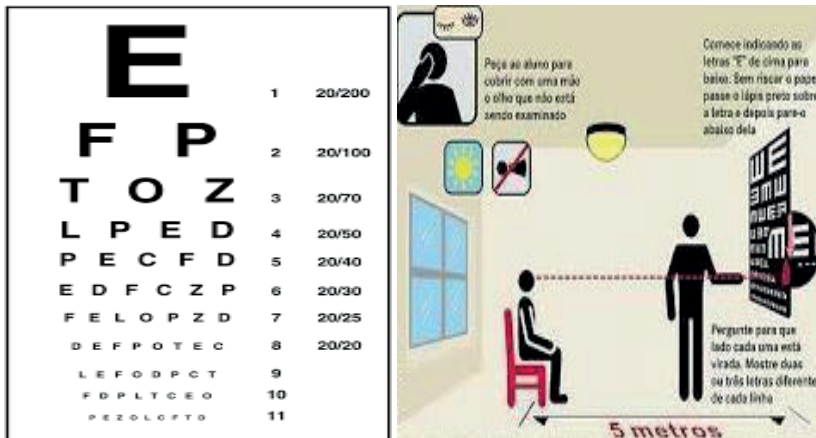


Fonte: [https://www.youtube.com/watch?v=i\\_EPZCp9Nbk](https://www.youtube.com/watch?v=i_EPZCp9Nbk).

A fala e a voz devem ser avaliadas rotineiramente, observando-se a respiração (capacidade, controle e coordenação da produção sonora), a fonação (intensidade e qualidade vocal), a ressonância (grau de nasalidade), a articulação (precisão articulatória, fonatória e coordenação motora) e a prosódia (ritmo e velocidade da fala espontânea).

A triagem da acuidade visual deve ser feita em todo idoso, utilizando-se o Teste ou cartão de Snellen (figura 10), por exemplo.

Figura 10: Cartão de Snellen



FONTE: edisciplinas.usp.br

Importante também avaliar e perguntar sobre a deglutição, se há engasgos ou dificuldades, a fim de encaminhar para avaliação especializada, visto o risco de pneumonia aspirativa, principalmente em idosos frágeis.

## POLIFARMÁCIA

Considera-se polifarmácia, o uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes.

Os medicamentos têm um papel decisivo no tratamento das condições múltiplas, agudas e/ou crônicas de saúde. As alterações farmacocinéticas do envelhecimento como aumento da gordura corporal, redução da água corporal, redução do metabolismo hepático e da excreção renal, aumentam significativamente o risco de reações adversas a drogas e, conseqüentemente, podem desencadear declínio funcional, incapacidades, internação e óbito.

Grande parte da iatrogenia resulta do desconhecimento das alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem do idoso. Muitas vezes os efeitos colaterais são confundidos com novas doenças ou atribuídos ao próprio envelhecimento por si, dificultando mais ainda o seu diagnóstico. Além disso, sabe-se pouco sobre as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de vários medicamentos amplamente utilizados, pois os idosos frágeis são comumente excluídos dos estudos farmacêuticos necessários para a aprovação de novas drogas. Outro aspecto relevante é a alta frequência de interações medicamentosas do tipo droga-droga e do tipo droga-doença. A prevalência de prescrições inapropriadas para idosos varia de 20 a 40% e são mais frequentes na presença de polifarmácia e nos idosos com 80 anos ou mais. A revisão dos medicamentos em uso deve ser feita em toda consulta geriátrica e o aparecimento de qualquer sintomatologia

recente, sem causa aparente, deve ser atribuído à reação adversa a drogas.

É importante respeitar a lista de medicamentos inapropriados para idosos, segundo os critérios de Beers, de maneira a utilizar os medicamentos de forma segura nessa faixa etária.

## COMORBIDADES

As condições de saúde relacionadas ao funcionamento adequado dos sistemas fisiológicos principais determinam a presença ou não da vulnerabilidade. Quando há comorbidades múltiplas, tais como a presença de polipatologia (cinco ou mais doenças crônicas), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, diariamente) e a história de internação recente (há menos de seis meses), há maior propensão à vulnerabilidade.

## EQUILÍBRIO E MOBILIDADE

O aparelho locomotor sofre importantes alterações durante o envelhecimento, reduzindo a amplitude dos movimentos, alterando a marcha, caracterizando-se por passos curtos e mais lentos e, não raro, pelo arrastar dos pés. Os movimentos dos membros superiores perdem em amplitude e tendem a se manter mais próximos do corpo. O centro de gravidade corporal se adianta e a base de sustentação se amplia, buscando maior segurança e equilíbrio.

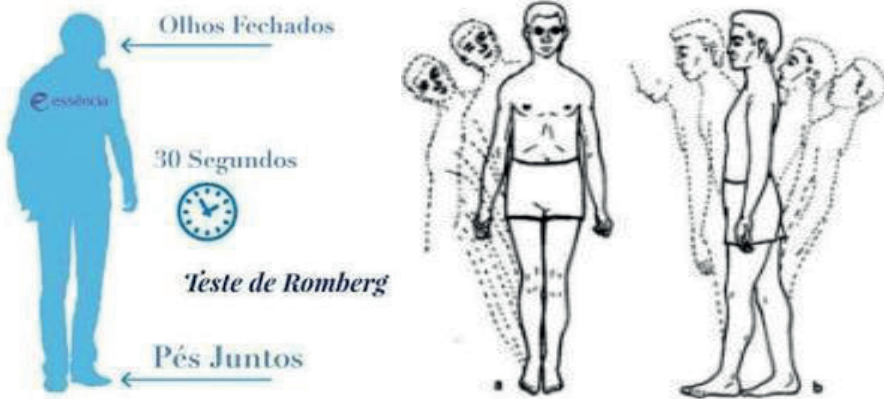
A grande propensão dos idosos à instabilidade postural e à alteração de marcha aumenta o risco de quedas. Isso torna essencial o conhecimento das condições de equilíbrio e marcha nessa população. Além dos fatores da senescência, é importante se atentar às condições patológicas (senis), como doenças osteoarticulares, neuromusculares, cardíacas, vasculares, labirínticas, dentre outras, que poderão ser causas de tonturas, síncope, vertigem, alteração do equilíbrio, marchas patológicas, parestias/ parestesias.

O equilíbrio e a mobilidade são importantes para uma vida independente e são avaliados por meio de testes capazes de mensurar as condições vestibulares, equilíbrio, mobilidade e a marcha do paciente, como: Time Get Up and Go (TGUG), Romberg, Teste unipodal, Escala de Tinetti, dentre outros, além da avaliação do grau de dependência através dos testes de AVDs e AIVDs.

Para pesquisar o sinal de Romberg (figura 11), o indivíduo deve ficar em posição ortostática, pés unidos e olhos fechados, e o avaliador deve observar se haverá oscilações corpóreas e risco de queda em qualquer direção.



FIGURA 11: Teste de Romberg

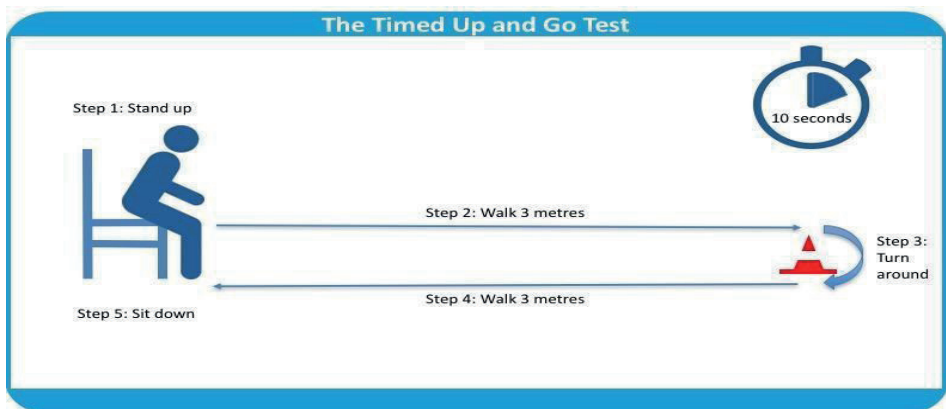


Fonte: <https://essenciafisioterapia/photos/teste-seu-eq>.

Interpretação: Romberg Positivo (perda do equilíbrio estático)

Outro teste muito utilizado é o Get Up and Go (GUG): simples, de fácil aplicação e não necessita de equipamentos especiais para execução, onde o idoso é avaliado ao se levantar da cadeira (com encosto e sem apoio dos braços), caminhar três metros à frente (medido pela fita métrica), virar-se e retornar e sentar-se a cadeira na posição inicial. Com isso, é possível avaliar o equilíbrio do paciente sentado, o equilíbrio durante a marcha e a transferência. E pode ser cronometrado, Timed Get Up and Go (TGUG) (figura 12).

Figura 12: Timed Get Up and Go (TGUG)



FONTE: Mathias et al., 1986; Bischoff et al., 2003.



Interpretação do TGUG, segundo os Guidelines do National Institute of Clinical Evidence (RAWLINS, CULYER, 2004) indica a avaliação em 4 categorias:

1. Até 10 segundos – desempenho normal para adultos saudáveis. Baixo risco de quedas;
2. Entre 11 e 20 segundos – Normal para idosos frágeis ou com debilidade, mas que se mantêm independentes na maioria das atividades de vida diária. Baixo risco de quedas;
3. Entre 21 e 29 segundos – Avaliação funcional obrigatória. dependente em várias atividades de vida diária e na mobilidade Indicado abordagem específica para a prevenção de queda. Risco de quedas moderado;
4. Maior ou igual a 30 segundos – Avaliação funcional obrigatória. dependente em várias atividades de vida diária e na mobilidade Indicado abordagem específica para a prevenção de queda. Alto risco para quedas.

O Teste de Apoio Unipodal (TAU) (figura 13) foi realizado para avaliar a condição de equilíbrio estático com apoio unipodal em duas condições, com os olhos abertos e com os olhos fechados. Durante o teste, o indivíduo deve se equilibrar sobre o membro dominante com os olhos abertos e, posteriormente, com olhos fechados por, no máximo, 30 segundos. E realizar três tentativas em cada situação.

Figura 13 - Teste de Apoio Unipodal (TAU)



FONTE: Matsudo, 2001.

Interpretação: considera-se a melhor das três tentativas de cada lado para determinar o desempenho. Tempo entre 21 e 30 segundos de permanência nessa posição, significa sem alteração do equilíbrio.

## RISCO DE QUEDAS E AVALIAÇÃO AMBIENTAL

A etiologia da queda é multifatorial, resultante da interação entre fatores predisponentes e precipitantes, que podem ser intrínsecos e extrínsecos.

Os fatores intrínsecos podem ser definidos como aqueles relacionados às condições de saúde ou comportamentais do indivíduo os quais podem promover redução da função dos sistemas que compõem o controle postural, doenças, transtornos cognitivos e comportamentais, apresentando incapacidade em manter ou para recuperar o equilíbrio, quando necessário. Como fatores extrínsecos, têm-se aqueles relacionados ao ambiente, tais como iluminação, superfície para deambulação, tapetes soltos, degraus altos ou estreitos, e outros riscos não relacionados ao local onde o idoso vive ( como falta de acessibilidade urbana)

Diante das repercussões da queda (já mencionadas), é fundamental que essa situação seja abordada, incluindo a avaliação dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, de modo a compreender o fator causal. Além de utilizar um questionário validado (figura 14).

Figura 14: avaliação ambiental do risco de quedas

ESCALA AMBIENTAL DO RISCO DE QUEDAS	
ÁREAS DE LOCOMOÇÃO	Desimpedidas, com barras de apoio, revestimentos uniformes, sem tapetes ou com tapetes bem fixos.
ILUMINAÇÃO	Suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus; interruptores acessíveis na entrada dos cômodos.
QUARTO DE DORMIR	Guarda-roupa com cabides facilmente acessíveis; cadeira permitindo sentar para se vestir; cama de boa altura (45 cm);
BANHEIRO	Área do chuveiro com antiderrapante; box com abertura fácil ou cortina firme; presença de barras de apoio; altura adequada do vaso sanitário.
COZINHA	Armários baixos, sem necessidade de uso de escadas; piso seco
ESCADAS	Revestimento antiderrapante, com marcação com faixa amarela no primeiro e último degraus, corrimão bilateral sólido que se prolongue além do primeiro e último degraus. Uniformidade dos degraus, com altura e profundidade constantes dos espelhos.
ÁREAS EXTERNAS	Irregularidades e obstáculos nos calçamentos; vasos de plantas em altura acessível sem necessidades de se abaixar

FONTE: Moraes e Lana, 2016

## ESTADO E RISCO NUTRICIONAL

Segundo a Associação Americana de Saúde Pública, o estado nutricional é definido como a “condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e utilização de nutrientes e identificada pela correlação de informações obtidas através de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos”. Portanto, o estado nutricional é detectado a partir de vários parâmetros, que podem ser utilizados e avaliados de forma isolada ou associada.

Para o idoso, a determinação do seu estado nutricional deve considerar, entre outros, uma complexa rede de fatores, onde é possível detectar o isolamento social, as doenças crônicas, as incapacidades e as alterações fisiológicas próprias do processo de

envelhecimento.

É de fundamental importância conhecer as mudanças corpóreas normais que ocorrem durante o processo de envelhecimento, principalmente nos países em desenvolvimento, onde a população idosa apresenta um envelhecimento funcional precoce. As alterações senescentes incluem a progressiva diminuição da massa corporal magra e de líquidos corpóreos, o aumento da quantidade de tecido gorduroso e, sobretudo, uma grande perda de músculos esqueléticos. Todos esses aspectos justificam a busca de condutas e diagnósticos nutricionais que visem a melhora da qualidade de vida desse grupo etário.

Vários motivos podem alterar o estado nutricional do idoso. E de maneira mnemônica, as causas podem ser definidas como os **9 “Ds”**:

- **Dentição:** inadequada ou próteses inadequadas;
- **Disgeusia:** distorção ou diminuição do paladar por alguma patologia ou medicamento ou fisiologicamente pela diminuição das papilas gustativas;
- **Disfunção:** xerostomia, declínio na secreção ácida, diminuição da absorção; atraso do esvaziamento gástrico (maior tempo de saciedade pós-prandial e menor sensação de fome);
- **Disfagia;**
- **Drogas** (polifarmácia, medicamentos de SNC, álcool, tabagismo, etc);
- **Depressão;**
- **Demência;**
- **Diarreia;**
- **Doenças** (Neoplasias, distúrbios neurológicos, doenças cardiovasculares, infecções etc).

Os aspectos que devem ser abordados para avaliação nutricional são: análise dos fatores de risco (anamnese); antropometria (peso, altura, IMC, circunferências e pregas cutâneas); teste da AGA: Mini Avaliação Nutricional (MAN) e exames laboratoriais.

A MAN (Figura 15) é o único instrumento validado na AGA para avaliação nutricional específica do idoso. O objetivo da MAN é avaliar o risco de desnutrição e intervir precocemente. Inclui 18 itens, cujas informações são referentes às medidas antropométricas (peso, altura, circunferências), perda de peso, alimentação, estilo de vida, limitações físicas e emocionais, medicações, além da autopercepção sobre o estado de saúde.

Figura 15: mini avaliação nutricional (man):

# Mini Nutritional Assessment MNA<sup>®</sup>

Nestlé  
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
<b>A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</b> 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
<b>B Perda de peso nos últimos 3 meses</b> 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
<b>C Mobilidade</b> 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
<b>D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?</b> 0 = sim      2 = não	<input type="checkbox"/>
<b>E Problemas neuropsicológicos</b> 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
<b>F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)<sup>2</sup></b> 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
<b>Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)</b> 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Avaliação global	
<b>G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)</b> 1 = sim      0 = não	<input type="checkbox"/>
<b>H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?</b> 0 = sim      1 = não	<input type="checkbox"/>
<b>I Lesões de pele ou escaras?</b> 0 = sim      1 = não	<input type="checkbox"/>

**Referências**  
 1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA<sup>®</sup> - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.  
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377  
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-467.  
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M  
 Para maiores informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

<b>J Quantas refeições faz por dia?</b> 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
<b>K O doente consome:</b> • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?</b> 0 = não      1 = sim	<input type="checkbox"/>
<b>M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?</b> 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>N Modo de se alimentar</b> 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
<b>O O doente acredita ter algum problema nutricional?</b> 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
<b>P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?</b> 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Q Perímetro braquial (PB) em cm</b> 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>R Perímetro da perna (PP) em cm</b> 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
<b>Avaliação global (máximo 16 pontos)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Pontuação da triagem</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Pontuação total (máximo 30 pontos)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Avaliação do Estado Nutricional		
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

FONTE: <https://www.passeidireto.com/arquivo/21696500/ficha-man-mini-avaliacao-nutricional>.

**INTERPRETAÇÃO:** escore máximo de 30 pontos; entre 17 e 23,5 significa risco de desnutrição; abaixo de 17, caracteriza-se como desnutrição; acima de 24, considera-se bom estado nutricional.

Em 1994, Lipschitz propôs uma classificação que considera as modificações na composição corporal do indivíduo idoso. Esse autor recomenda como limite aceitável para esse grupo etário, IMC entre 24 e 29kg/m<sup>2</sup>, sendo os pontos de corte para baixo peso e sobrepeso, respectivamente, IMC abaixo de 22kg/m<sup>2</sup> e acima de 27kg/m<sup>2</sup>.

A OMS (1995), baseando-se nos riscos de mortalidade associada com o baixo IMC, definiu os seguintes pontos de cortes, de acordo com os graus de baixo peso: grau I - magreza leve (IMC 17,0 - 18,49kg/m<sup>2</sup>); grau II - magreza moderada (IMC 16,0 - 16,99kg/m<sup>2</sup>); grau III - magreza intensa (IMC<16,0). Esses pontos de corte, embora desenvolvidos para adultos, são muito utilizados para classificar o estado nutricional de idosos.

A maioria dos estudos mostrou associação negativa ou ausência de associação entre IMC (de maneira isolada) e mortalidade por todas as causas.

Existem limitações à utilização do IMC devido as mudanças que ocorrem na composição corporal com o envelhecimento, dessa maneira, é importante uma análise mais global como mostrado na MAN, onde inclui outros parâmetros de avaliação.

## **SARCOPENIA**

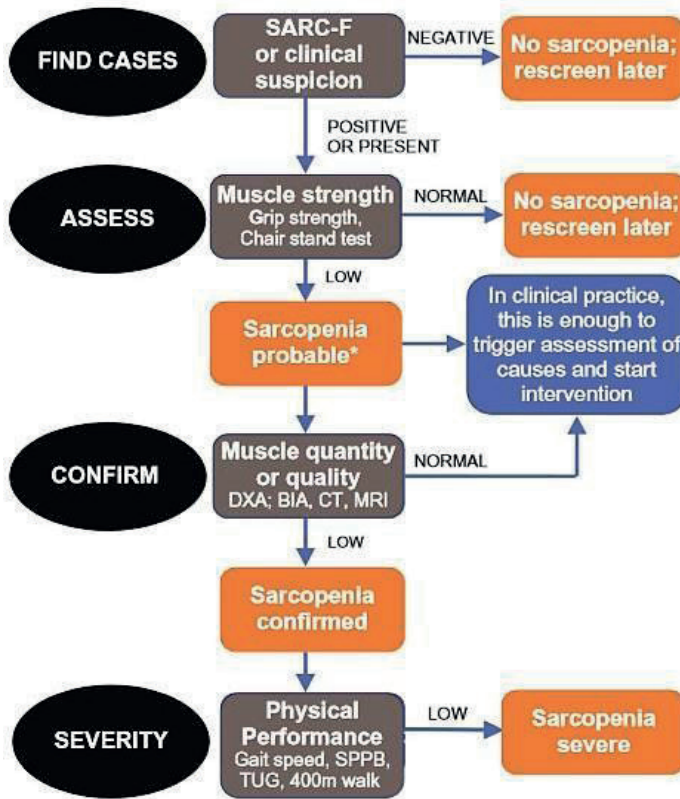
O Consenso Europeu elaborado pelo European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) caracterizou a sarcopenia pela diminuição da força, massa e/ou funcionalidade muscular e está associada a uma série de disfunções e doenças sistêmicas que acometem os idosos.

Após uma nova reunião, o mesmo grupo criou o EWGSOP 2 e atualizou a definição de sarcopenia, que passou a ser reconhecida, como uma doença muscular com código de diagnóstico (CID-10: M62.84) no Brasil. E ficou definido que a baixa força muscular é o determinante principal para disparar o gatilho da investigação diagnóstica de sarcopenia.

A etiologia é multifatorial, podendo ocorrer por causas primárias (senescentes) e secundárias (senis: patologias ou situações clínicas que promovam sedentarismo, imobilidade e alteração nutricional).

A avaliação da sarcopenia deve ser feita seguindo o seguinte roteiro sugerido pelo EWGSOP 2 (figura 16): **Encontrar – Avaliar - Confirmar - Determinar a gravidade** dos casos suspeitos.

Figura 16: Algoritmo para Sarcopenia



FONTE: Cruz-Jentoft et al., 2019.

Segundo o algoritmo acima, recomenda-se:

ENCONTRAR casos suspeitos: através de uma boa anamnese investigativa, incluindo as atividades cotidianas (AVDs e AIVDs), risco de quedas (já mencionados), avaliação nutricional (MAN) e breve triagem de sarcopenia com SARC-F ou SARC-F+ CC (Figura 17).



Componente + Pergunta		Pontuação
<b>Força</b>	O quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5kg?	Nenhuma ..... 0 Alguma ..... 1 Muita ou não consegue ..... 2
<b>Ajuda para caminhar</b>	O quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?	Nenhuma ..... 0 Alguma ..... 1 Muita, usa apoios, ou incapaz ..... 2
<b>Levantar da cama/ cadeira</b>	O quanto de dificuldade você tem para levantar de uma cama ou cadeira?	Nenhuma ..... 0 Alguma ..... 1 Muita ou não consegue sem ajuda ..... 2
<b>Subir escadas</b>	O quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas (10 degraus)?	Nenhuma ..... 0 Alguma ..... 1 Muita, ou não consegue ..... 2
<b>Quedas</b>	Quantas vezes você caiu no último ano?	Nenhuma ..... 0 1 a 3 quedas ..... 1 4 ou mais quedas ..... 2
<b>Panturrilha</b>	Meça a circunferência da panturrilha direita exposta do(a) paciente em pé, com as pernas relaxadas e pés afastados a 20cm um do outro.	Mulheres: > 33cm ..... 0 ≤ 33cm ..... 10 Homens: > 34cm ..... 0 ≤ 34cm ..... 10
<b>Somatório ( 0 - 20 pontos )</b>		
0 - 10 : sem sinais sugestivos de sarcopenia no momento ( <i>cogitar reavaliação periódica</i> )		
11 - 20 : sugestivo de sarcopenia ( <i>prosseguir com investigação e diagnóstico completo</i> )		

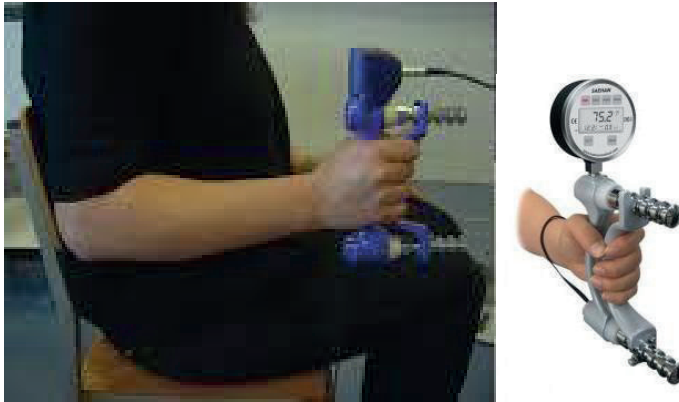
FONTE: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2019/artigos/7-AO-SARCPRO.pdf>.

## FORÇA MUSCULAR

A força deve ser testada comparando o lado esquerdo com o direito, os membros superiores com os inferiores e os grupos proximais com os distais.

Na AGA, realiza-se o teste de força de prensão palmar ou Hand grip que avalia a força dos membros superiores através da dinamometria (figura 18). Neste teste, utiliza-se o dinamômetro manual, com o paciente sentado com ombro aduzido e neutramente rodado, cotovelo flexionado a 90°, antebraço em posição neutra e o punho entre 0° e 30° de extensão e 0° a 15° de desvio ulnar. O resultado é a média de três medidas realizadas no membro dominante com intervalo de 60 segundos entre cada medida. Segundo o EWGSOP-2, os valores da força de prensão palmar considerados normais são  $\geq 16$  kg/força para mulheres e  $\geq 27$  kg/força para homens. Valores inferiores significam diminuição da força muscular.

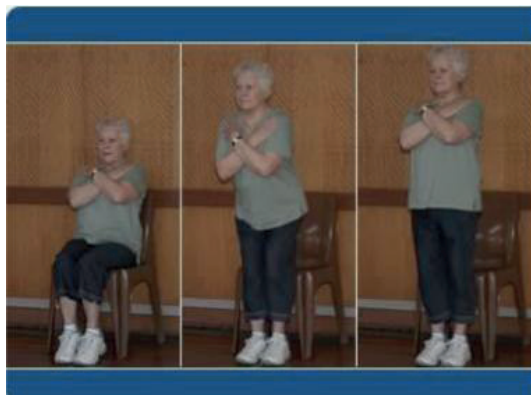
Figura 18: Dinamômetro (teste de força muscular)



FONTE: <https://www.fisiofernandes.com.br/dinamometro-digital-de-mao-saehan-dhd1001/p>.

É possível realizar a força muscular de membros inferiores, através do Teste de sentar e levantar da cadeira ou Chair Stand test (Figura 19), no qual solicita-se que o paciente levante e sente na cadeira 5 vezes. Inicia-se o teste na posição sentada, com os braços cruzados sobre o tórax e orienta-se o paciente a levantar sem se apoiar e posteriormente sentar, repetindo este processo 5 vezes, o mais rápido possível, sem fazer nenhuma pausa. O teste será concluído com êxito quando o tempo for igual ou inferior a 15 segundos.

Figura 19: Chair Stand Test



Caso estes testes se mostrem alterados, considera-se que o paciente apresenta “Sarcopenia provável” e na prática clínica isto é suficiente para que se inicie a investigação das causas e as intervenções terapêuticas necessárias. Para melhor avaliação e confirmação da sarcopenia, idealmente realizaria-se a avaliação da quantidade e qualidade de massa muscular através de exames como Tomografia Computadorizada, Ressonância nuclear



magnética, bioimpedância (BIA) e absormetria de radiografia de dupla energia (DXA), porém estes testes ainda são pouco acessíveis na prática clínica, ficando, na maioria das vezes, reservados para estudos clínicos em grandes centros de referência

### **Massa muscular:**

**A circunferência da panturrilha (CP)** é a medida clínica mais sensível e mais utilizada na prática para estimar a massa muscular em idosos (figura 20). Realizada na maior circunferência no espaço entre joelho e tornozelo, medido no membro não dominante (Costa et al., 2014).

O ponto de corte considerado normal é de CP maior que 33 cm e 34 cm, para mulheres e homens, respectivamente. Abaixo desses valores considera-se diminuição de massa muscular.

Figura 20: Medida da Circunferência da Panturrilha



FONTE: <https://www.youtube.com/watch?v=o8xfZw4eiaI>.

Após confirmado o diagnóstico de sarcopenia, deve-se determinar a gravidade da mesma. Para isto, avaliamos o desempenho muscular/performance física, através dos seguintes testes da AGA:

- Velocidade de marcha : É medida pelo tempo, em segundos e milésimos de segundo, que o indivíduo leva para percorrer uma distância de 4 metros na sua velocidade de marcha habitual. O ponto de corte é de 0,8 m/s, sendo considerados valores  $\leq 0,8$  m/s indicativos de sarcopenia grave.

- Teste do “levantar e andar” cronometrado (TGUG – timed get up and go): consiste no tempo que o indivíduo leva para levantar de uma cadeira, andar uma distância de 3 metros, virar-se e retornar para sentar novamente. Considera-se alterado quando o paciente apresenta tempo  $\geq 20$  segundos. Trata-se de um teste de fácil aplicação e que prediz mortalidade.

Considera-se que quanto pior o desempenho para realizar os testes acima, maior é a gravidade da sarcopenia.

Considera-se a detecção da sarcopenia para uma intervenção precoce de suma

importância, visto que suas consequências podem interferir na funcionalidade e na qualidade de vida do paciente, elevando o risco para quedas, fraturas, incapacidade, dependência, hospitalização e mortalidade.

Importante salientar, que o biotipo físico “magro” não é o determinante para a sarcopenia, pois existe a obesidade sarcopênica, que é uma entidade multifatorial, onde há perda de massa muscular e acúmulo de gordura corporal, com redução da massa e da força muscular. Tais alterações na composição muscular (infiltração de gordura no músculo) promove uma diminuição da qualidade muscular e desempenho físico na pessoa obesa.

A sarcopenia é um dos parâmetros utilizados para definição da síndrome de fragilidade, que é altamente prevalente em idosos.

## **FRAGILIDADE**

Fragilidade é o estado aumentado de vulnerabilidade da pessoa idosa, ocorre pelo declínio das reservas e das funções fisiológicas associado à idade e resulta na diminuição da capacidade de lidar com agentes estressores. A prevalência aumenta com o avançar da idade, ocasionando declínio físico e incapacidade, e está associada a complicações pós-cirúrgicas, infecções, imobilidade e outras síndromes geriátricas. Pode ser detectada precocemente e é potencialmente reversível, portanto, sua identificação significa uma janela de oportunidade para a adoção de medidas preventivas que podem ter elevado impacto na vida do idoso.

Embora a fisiopatologia da fragilidade ainda não esteja bem esclarecida, é reconhecido atualmente que ela é um fenômeno multicausal e multidimensional, envolvendo vários órgãos e sistemas (nervoso, endócrino, imune e musculoesquelético), sendo a sarcopenia o substrato físico do fenótipo da fragilidade.

O modelo principal e mais conhecido para fragilidade é o apresentado por Linda Fried e colaboradores, que propôs o termo “Frailty” e operacionalizou um instrumento conhecido como Escala Fenotípica de Fragilidade (figura 21).

Figura 21: CRITÉRIOS PARA SÍNDROME DA FRAGILIDADE

<b>Redução da força de preensão palmar</b>	Abaixo do percentil 20 da população, corrigido por gênero e índice de massa corporal
<b>Redução da velocidade de marcha</b>	Abaixo do percentil 20 da população, em teste de caminhada de 4,6 m, corrigido por gênero e estatura
<b>Perda de peso não intencional</b>	Acima de 4,5 kg referidos ou 5% do peso corporal, se medido, no último ano
<b>Sensação de exaustão</b>	Autoreferida (questões do questionário CES-D)
<b>Atividade física baixa</b>	Abaixo do percentil 20 da população, em kcal/semana ( <i>Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire</i> , versão curta)

FONTE: Fried *et al.*, 2001.

**INTERPRETAÇÃO:** A presença de três ou mais parâmetros define o “idoso frágil”, e a presença de um ou dois parâmetros define o idoso “pré-frágil”. Os idosos que não apresentaram nenhum desses parâmetros são considerados robustos.

Importante destacar que fragilidade, comorbidade e dependência são conceitos diferentes, embora possam se sobrepor. Entretanto, o reconhecimento de qualquer uma dessas alterações é fundamental, e o tipo de intervenção dependerá do grau de fragilidade que o indivíduo se encontra (figura 22).

Figura 22: Intervenção x Grau de Fragilidade

<b>IDOSO FRÁGIL</b>		
<b>BAIXA COMPLEXIDADE</b>	<b>ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>FASE FINAL DE VIDA</b>
São idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico-funcional. Nesses idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser feito de forma intensiva. O foco das intervenções é a prevenção da piora funcional.	Idosos que apresentam dependência funcional nas AVD associada a condições de saúde de difícil manejo, devido à dúvida diagnóstica ou terapêutica. O termo “alta complexidade” sugere elevado potencial de ganho funcional ou de qualidade de vida. São aqueles que mais se beneficiam do acompanhamento intensivo de equipes geriátrico-gerontológicas especializadas.	São idosos que apresentam dependência funcional estabelecida e sobrevida estimada menor que seis meses. O foco das intervenções é o cuidado paliativo, baseado no conforto do paciente e seus familiares.

FONTE: Moraes *et al.*, 2016.

A intervenção precoce para evitar a progressão da fragilidade amenizam os desfechos adversos de saúde como internações, quedas, dependência e mortalidade.

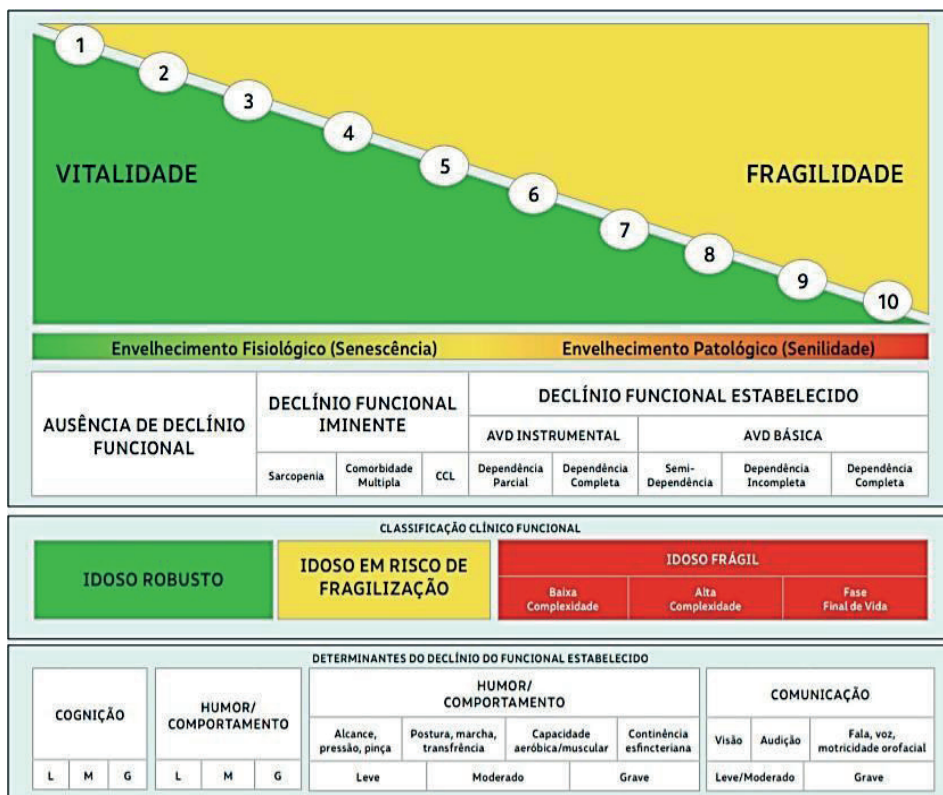
Após uma avaliação geriátrica abrangente, ou seja, realizada a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), é possível estabelecer o estrato clínico-funcional da pessoa idosa.

A definição do estrato clínico-funcional baseia-se na funcionalidade (dependência ou independência para AVD avançadas, instrumentais e básicas) e na presença de fatores de riscos, doenças e comorbidades múltiplas, pois além da heterogeneidade funcional, os idosos também apresentam diferenças quanto a complexidade e necessidade de acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado.

De maneira a sintetizar todas as informações úteis para o diagnóstico e elaboração do plano de cuidados do idoso, foi proposto um Modelo Multidimensional de Saúde do Idoso, através da utilização de uma Escala Visual de Fragilidade (EVF), que inclui o estrato clínico-funcional e onde se apresenta a relação inversamente proporcional entre vitalidade e fragilidade e, conseqüentemente, a presença de declínio funcional iminente e estabelecido, o grau de dependência funcional nas atividades de vida diária, além dos determinantes do declínio funcional. A EVF sintetiza todas as informações úteis para o diagnóstico e elaboração do plano de cuidados do idoso (Figura 23).

Identificar todas essas etapas e conseguir definir corretamente o diagnóstico do paciente idoso implica na melhoria do atendimento e gera um tratamento individualizado.

Figura 23: escala visual de fragilidade /estrato clínico-funcional



FONTE: Moraes *et al.*, 2016.

Na escala acima observam-se três grupos para determinar o status do idoso:

- Idoso robusto: estratos 1,2 e 3;
- Idoso em risco de fragilização: estratos 4 e 5;
- Idoso frágil: estratos 6, 7, 8, 9 e 10.

**Idoso robusto:** é o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não apresenta incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade.

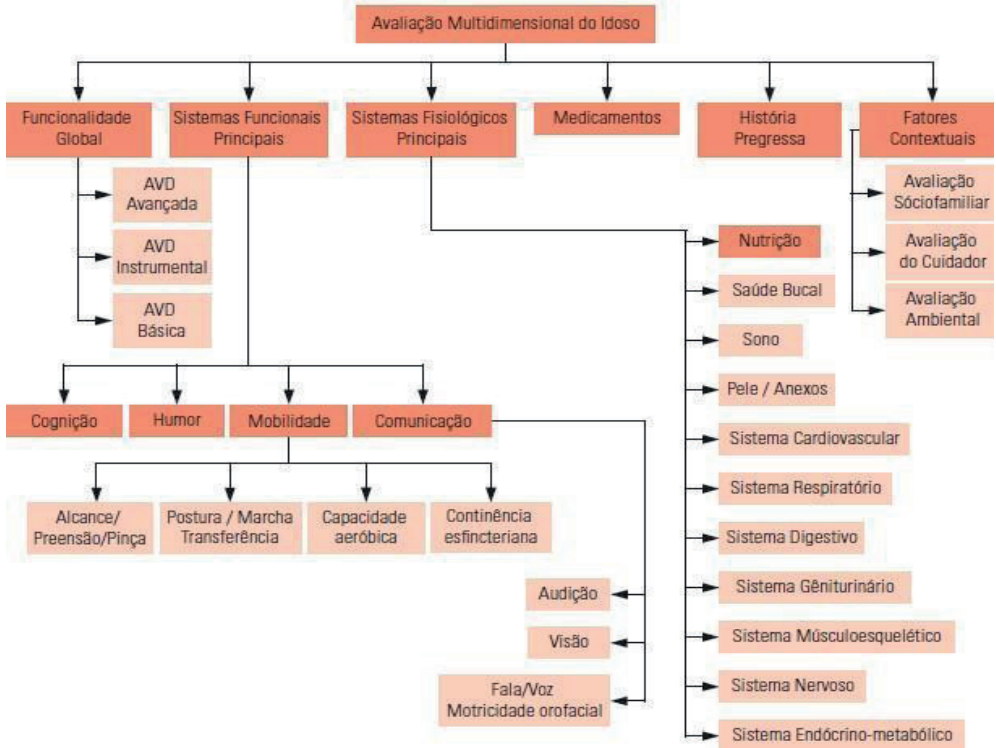
**Idoso em risco de fragilização:** é o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia se encontra em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, apresentando limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como: sarcopenia ( que resulta em alteração da força e desempenho muscular) e comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente).

**Idoso frágil:** é o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas, tais como: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana e incapacidade comunicativa.

Dependendo do estágio que o idoso estiver, as intervenções clínicas serão mais incisivas.

De maneira geral, a avaliação funcional multidimensional (figura 24) e toda propedêutica já mencionada, incluindo os testes da AGA (figura 25), compõem uma avaliação sistematizada para identificar, objetivamente, o idoso quanto a sua integridade física, qualidade de auto-cuidado e atividades sociais, função cognitiva, humor.

Figura 24: avaliação multidimensional



FONTE: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/12>.

Figura 25: avaliação multidimensional / testes da aga

<b>AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO</b>	
<b>Dimensões a serem avaliadas</b>	<b>Instrumentos de avaliação</b>
Identificação	Anamnese
Queixa(s) Principal(is)	Anamnese
Sistemas Fisiológicos Principais	Anamnese e exame físico dos aparelhos/sistemas
Avaliação da Cavidade Oral	Exame da cavidade oral
Atividades de Vida Diária Básicas (Autocuidado)	Índice de Katz
Atividades de Vida Diária Instrumentais	Escala de Lawton-Brody / Escala de Pfeffer
Mobilidade	<i>Timed up and go test</i> e <i>Get up and go test</i> Teste de Romberg - <i>Nudge test</i> - Suporte unipodálico
Avaliação Cognitiva	Mini-Mental - Fluência Verbal - Lista de 10 palavras Reconhecimento de Figuras - Teste do Relógio
Avaliação do Humor	Escala Geriátrica de Depressão
Comunicação: Acuidade visual	Snellen simplificado
Comunicação: Acuidade auditiva	Teste do sussurro
Comunicação: Voz	Avaliação da voz
Avaliação Nutricional	Mini-Avaliação Nutricional
Avaliação de Medicamentos	Listagem dos Medicamentos
História Pessoal Atual e Progressa	Anamnese familiar
Avaliação Sociofamiliar	Anamnese familiar
Avaliação Ambiental	Avaliação de riscos ambientais
<b>DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL</b>	
<b>PLANO DE CUIDADOS</b> <b>Ações preventivas/promocionais, curativas/paliativas e reabilitadoras</b>	

FONTE: Moraes, 2012.

# ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL

O termo “**envelhecimento ativo**” foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90. Ele procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem.

O marco político da OMS de 2002 define envelhecimento ativo como o processo de otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança e proteção ao longo da vida, sobretudo para os mais dependentes e desamparados.

A abordagem do envelhecimento ativo é baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Com esta abordagem, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades biológicas ou de cuidados (que considera as pessoas mais velhas alvos passivos) e passa ter um enfoque baseado nos direitos, apoiando a responsabilidade dos mais velhos no exercício de processos políticos e outros aspectos da vida em comunidade.

No Brasil, considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais (Lei 8842/94 e 10741/03), seguindo-se os padrões da Organização Mundial de Saúde (OMS). Apesar de muitas vezes predominar o preconceito e a discriminação contra esse grupo populacional, vem aumentando a consciência de que os idosos podem dar uma contribuição fundamental à construção de uma sociedade mais humana.

Percebendo isso, a Organização das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1991, elaborou os *Princípios das Nações Unidas para o Idoso* (aprovada na Resolução 46/91). Este documento ressalta a importância da participação ativa dos idosos na sociedade.

Além disso, é fundamental difundir a todos, inclusive aos próprios idosos os direitos e garantias a eles conferidos para que possam, então, exigir seu cumprimento utilizando todos os meios possíveis. Essas atitudes nada mais são do que medidas para que se respeite a vida em toda a sua plenitude, desde a infância até a velhice. Pois o direito à vida só é efetivado se houver dignidade.

A dignidade da pessoa é um dos alicerces fundamentais da sociedade brasileira, conforme o expresso na Constituição da República Federativa do Brasil, art.1º, III. Além disso, o artigo 6º estabelece os direitos sociais de todos os brasileiros e que posteriormente foram regulamentados no Estatuto do Idoso. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Especificamente em relação ao idoso, a Constituição, em seu artigo 230, registra que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.



É importante ressaltar que, apesar de o Estatuto do Idoso estabelecer diretrizes claras para a garantia efetiva dos direitos dessa população, infelizmente, ainda está distante de toda população brasileira, especialmente dos idosos que fazem parte da população mais vulnerável. A legislação brasileira em relação aos cuidados da população idosa é considerada avançada pelo Ministério da Saúde, mas o próprio reconhece que “a prática ainda é insatisfatória”, visto os desafios enfrentados:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, conforme previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

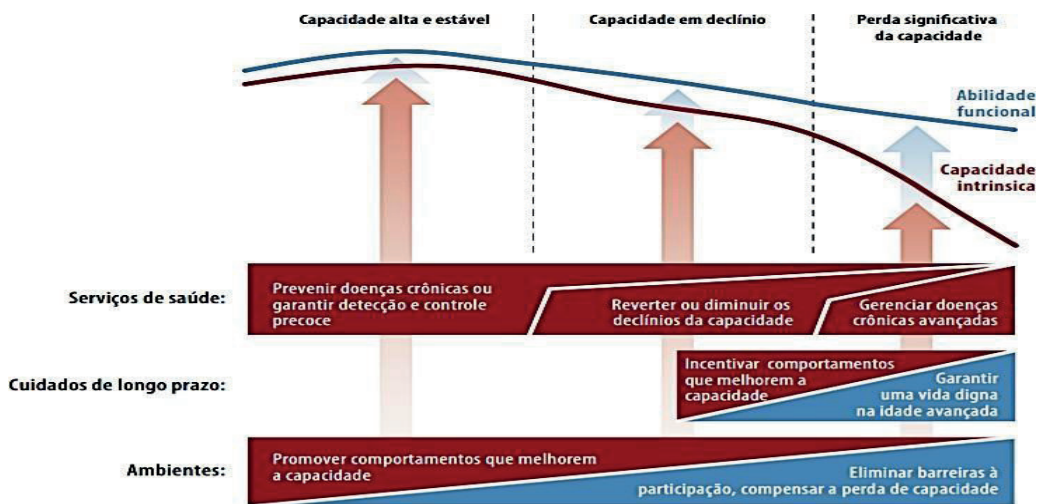
A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI), passou por algumas reformulações e assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, e que portanto são necessárias medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, incluindo a Estratégia da Saúde da Família (ESF), para recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, a fim de promover um processo de envelhecimento com menos agravos à saúde, e com menores limitações ao bem-estar da pessoa idosa. Dessa forma, é necessário ações em saúde direcionadas para cada nível de funcionalidade da pessoa idosa (figura 26).

Saúde, educação, participação e segurança são os capitais essenciais para envelhecer de forma ativa e saudável, e estão associados a determinantes econômicos, sociais, ambientais, comportamentais e ao acesso a serviços de saúde e sociais, permeados por questões de gênero e cultura

O protagonismo da pessoa idosa é o principal fator para o envelhecimento ativo. Porém, o esforço individual precisa encontrar suporte na sociedade. É preciso atenção às vítimas das desigualdades, que não têm a oportunidade de um estilo de vida adequado, convivendo com problemas como a subnutrição e a falta de atenção primária em saúde.

Há uma necessidade de estimular o envelhecimento ativo e saudável, através da prevenção e promoção em saúde com a participação de todos, das mais diferentes áreas e setores, a fim de melhorar a qualidade de vida da população idosa.

Figura 26: Ação de saúde para envelhecimento saudável durante o curso da vida



Fonte: OMS. Relatório Envelhecimento e Saúde, 2015.

## CONCLUSÃO

A propedêutica da pessoa idosa sempre deverá perpassar pela clássica anamnese e exame físico, lembrando sempre das peculiaridades do processo do envelhecimento e suas atipias. A senescência e senilidade são processos distintos, entretanto podem estar interligados.

A avaliação Geriátrica Ampla (AGA) leva a um diagnóstico global e amplo, envolvendo o paciente e sua família, com a finalidade de verificar a saúde do idoso como um todo. Permitindo ainda classificar este idoso quanto ao seu estado clínico-funcional e identificar o idoso frágil. Entretanto, a utilização da AGA na prática clínica nem sempre será viável, principalmente no contexto da saúde pública primária. Desta maneira, o clínico geral deve saber identificar qual idoso mais se beneficiará de sua aplicação.

# REFERÊNCIAS

1. Semiologia Médica - Celmo Celeno Porto - 7ª Edição. 2013. Editora Guanabara Koogan.
2. Bates - Propedêutica Médica - Lynn S. Bickley. 11ª Edição. 2015. Editora Guanabara Koogan.
3. Ruzene JRS, Navega MT. Avaliação do equilíbrio, mobilidade e flexibilidade em idosas ativas e Sedentárias. Rev Bras Geriatr Gerontol, Rio de Janeiro. 2014;17(4):785-93.
4. Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba : SESA, 2017. 113p. : il. color. ISBN 978-85-66800-14-2.
5. Freitas EV, Costa EF, Galera CS. Avaliação geriátrica ampla. In: In: Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
6. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Senescência e senilidade – qual a diferença? [Acesso em: 16 de jan. 2020]. Disponível em: <http://www.sbgg-sp.com.br/pub/senescencia-e-senilidade-qual-a-diferenca/>.
7. Moraes EN. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
8. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 54-6.
9. World Health Organization (WHO). Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.
10. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5th ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248p.
11. Mesquita RAV, Costa NE, Carvalho HBC. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento e a velhice. In: Freitas EV, Py L, organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 2222-32.
12. Paixão Jr CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad Saude Publica. 2005;21(1):7-19.
13. Moraes EM, Moraes FL. Incapacidade Cognitiva: abordagem diagnóstica e terapêutica das demências no idoso. 1st Ed. Belo Horizonte: Folium, 2010. 117p.
14. Pereira AMVB, Irigaray TQ, Gomes I. Incapacidade Cognitiva. In: Morigushi Y et al, org. Entendendo as síndromes geriátricas. 1st ed. Porto Alegre; 2013. 188 p.
15. Szlejf C, Farfel JM, Saporetti LA et al. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo. Einstein 2008; 6(3):337-42.
16. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate medications use in older adults. J Am Geriatr Soc 2015; 63:2227-46.
17. Mahony DO, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/STAR criteria for inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015; 44:213-18.

18. Wagg G, Gibson W. New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing* 2014;43:157-63.
19. Mello RGB, Oltramari JD, Oltramari G et al. Capítulo 3: Instabilidade Postural. In: Morigushi Y et al. *Entendendo as síndromes geriátricas*. 1st ed. Porto Alegre: Edipucrs; 2013. p. 55-76.
20. World Health Organization (WHO). *Who Global report on falls prevention in older age*. France: WHO, 2007. P. 47. 143
21. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society and British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(1):148-57.
22. Pacala JT, Bevan Yueh B. Hearing deficits in the older patient. "I didn't notice anything". *JAMA* 2012;307(11):1185-94.
23. Roy N, Kim J, Courey M, Cohen SM. Voice disorders in the elderly: a national database study. *Laryngoscope* 2016; 126:421–28.
24. Pelletier AL, Rojas-Roldan L, Coffin J. Vision Loss in Older Adults. *Am Fam Physician* 2016;94(3):219-26.
25. Veiga B, Pereira RAB, Pereira AMVB, Nickel R. Avaliação de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2016;19(6):1015-1021.
26. World Health Organization (WHO). *How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Exposure draft for comment. Geneva: WHO; 2013.
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
28. Campanelli CM; American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 616–631.
29. Rawlins MD, Culyer AJ. National Institute for Clinical Excellence and its value judgements. *BMJ* 2004; 329: 224–227.
30. Almeida ST, Soldera CLC, Carli GA, Gomes I, Resende L. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predis põem a quedas em idosos. *Rev Assoc Med Bras* 2012;58(4):427-33.
31. De Luis DA, López Mongil R, González Sagrado M, López Trigo JA, Mora PF, Castrodeza Sanz J, et al. Evaluation of the mini-nutritional assessment short-form (MNA-SF) among institutionalized older patients in Spain. *Nutr Hosp*. 2011; 26(6):1350-4.
32. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, Cooper C, Landi F, Rolland Y, Sayer AA, Schneider SM, Sieber CC, Topinkova E, Vandewoude M, Visser M, Zamboni M; Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2018 Oct 12.
33. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis [published correction appears in *Age Ageing*. 2019 Jul 1;48(4):601]. *Age Ageing*. 2019;48(1):16–31. doi:10.1093/ageing/afy169.

34. Pagotto V, Ssantos KF, Malaquias SG, Bachion MM, Silveira EA. Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(2):343-50.
35. Parra BFCS, Matos LBN, Ferrer R, Toledo OD. SARCPRO: Proposed protocol for sarcopenia in hospitalized patients. *BRASPEN J* 2019; 34 (1): 58-63.
36. Lesende MI, Iturbe AG, Olivas MM, Soler PA. Frail elderly people: detection and management in primary care. *Eur Geriatr Med* 2015; 6:447-55.
37. Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59(3):M255-M263.
38. Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical/functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-frailty). *J Aging Res Clin Practice* 2016;5(1):24-30.
39. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health* 1997. p.4-5.
40. Keinert TMM, Rosa TEC. Direitos humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. *BIS, Bol Inst Saúde*. 2009;(47):4-8.
41. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra, 2015.
42. IBGE. Painel de indicadores. Brasília – DF, 2019.
43. Lôbo RR, Silva Filho SRB, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Delirium. *Revista Medicina (Ribeirão Preto)* 2010; 43(3): 249-57.
44. 1. 44. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care*. 1994; 21(1):55-67.
45. Silva JVF, Silva EC, Rodrigues APRA, Miyazawa AP. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Ciênc Biol Saúde*. 2015; 2(3): 91-100.
46. Braz IFL, Gomes RAD, Azevedo MS, Alves FCM, Seabra DS, Lima FP et al. Análise da percepção do câncer por idosos. *Einstein (São Paulo)*. 2018; 16(2): eAO4155.
47. Dagios P, Vasconcellos C, Evangelista DHR. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em JI – Paraná/ RO. *Estud. interdiscip. Envelhec*. 2015; 20 (2): 469-84.

# Manual de Habilidades Clínicas III: GERIATRIA

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

  
Ano 2023

# Manual de Habilidades Clínicas III: GERIATRIA



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)



[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)