

Geriatrics fundamental - Science and practice
Coordenação: Manuel Teixeira Veríssimo
Livraria: Kêdêl, 2014

13

Particularidades clínicas do doente idoso

Rafaela Veríssimo, Benilde Barbosa, Manuel Teixeira Veríssimo

INTRODUÇÃO

O doente idoso apresenta uma grande heterogeneidade e, como tal, ainda mais do que na Medicina em geral, cada caso é um caso, devendo por isso a sua abordagem clínica ser sempre individualizada. Além disso, sabendo-se que os idosos apresentam habitualmente pluripatologia, estão polimedicados e têm problemas que ultrapassam a área estrita da doença, é necessário que a sua avaliação seja multi-dimensional, isto é, que além do tratamento específico da doença seja também tidas em conta as áreas onde o idoso habitualmente tem problemas, como a parte funcional, mental, nutricional e social. Por vezes são estes aspetos, mais que a própria doença em si, que condicionam a qualidade de vida e o próprio futuro do idoso.

Do ponto de vista clínico é necessário realçar que há doenças que são próprias desta idade, como as demências, a doença de Parkinson e a polimialgia reumática, e que há doenças que são mais frequentes neste escalão etário, como a diabetes, a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial, a infeção urinária e a pneumonia, entre outras, não havendo, no entanto, doenças exclusivas dos idosos. De notar também que a mesma doença tem, por vezes, manifestações clínicas diferentes no idoso e que, para a mesma doença, também as repercussões são diferentes, justificando, por isso, terapêuticas diferentes ou adaptadas.

As necessidades gerais do doente idoso implicam mais tempo para a sua avaliação, pessoal médico, paramédico e auxiliar com formação adequada e também locais apropriados, quer para internamento hospitalar, quer para residência. Não é obrigatório haver consultas específicas de Geriatria, embora elas possam ser uma mais-valia em certos contextos, assim como não é obrigatório que haja serviços de Geriatria ou hospitais geriátricos, o que deve haver, isso sim, é formação em Geriatria, pois o facto de se ser profissional de saúde, só por si, não é suficiente para saber tratar os idosos da melhor forma. Por isso, o ensino da Geriatria deveria fazer parte do *curriculum* de todas as licenciaturas e especializações da área da saúde.

ALTERAÇÕES ANATOMOFISIOLOGICAS DO ENVELHECIMENTO E SUAS IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que, alterando progressivamente o organismo, o vão tornar mais suscetível às agressões extrínsecas e intrínsecas, as quais acabam por levá-lo à morte. Essas alterações verificam-se a nível de todas as componentes celulares bem como da matriz extracelular, levando a modificações dos tecidos e órgãos que, por sua vez, favorecem a doença e a incapacidade, características do idoso.

Seguidamente serão abordadas as principais repercussões do envelhecimento sobre a composição corporal e sobre os diversos órgãos e sistemas, assim como as suas relações com a doença e limitações associadas à idade avançada.

COMPOSIÇÃO CORPORAL

O envelhecimento está associado a alterações progressivas da composição corporal que se traduzem por diminuição da proporção de massa magra (água, músculo, osso e vísceras) e pelo aumento da proporção de massa gorda, especialmente a nível abdominal. Esta inversão da massa magra/massa gorda deve-se prioritariamente à perda de massa magra, principalmente músculo, podendo as consequências ser de âmbito geral, como acontece com as alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas daí decorrentes, ou mais específicas e relacionadas com a massa gorda abdominal, ou ainda com cada uma das componentes da massa magra afetada.

Alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas

Como o idoso tem menor proporção de água e massa magra, os fármacos hidrossolúveis têm volume de distribuição diminuído, atingindo o pico de

concentração mais rapidamente como é o caso da digoxina e do lítio, enquanto os fármacos lipossolúveis, que têm um volume de distribuição aumentado, atingem o pico de concentração mais lentamente, como acontece de um modo geral com os fármacos que atuam no sistema nervoso central. Por esta e outras razões, nomeadamente a diminuição da metabolização e eliminação, a posologia farmacológica nos idosos deveria sofrer adaptação.

Aumento da massa gorda

Com o envelhecimento, a gordura corporal tem tendência a diminuir nas extremidades do corpo e a aumentar na parte central, principalmente no abdómen. Esta é uma das razões porque, com a idade, se verifica aumento da insulinoresistência, diminuição da tolerância à glicose, aumento da pressão arterial, dislipidemia, aumento dos marcadores de inflamação, disfunção endotelial e tendência pró-trombótica que, entre outras consequências, contribuem para o maior risco de diabetes *mellitus* tipo 2, doença cardiovascular e cancro, principalmente da mama e do cólon, no idoso.

Diminuição da massa magra

A diminuição da massa magra, tendo como origem a redução dos órgãos, da massa muscular, da massa óssea e da água corporal está associada a situações facilitadoras de doença e fragilidade.

Órgãos

Ao longo da vida os órgãos vão diminuindo de tamanho à custa do número das suas células funcionais, fazendo com que a capacidade de reserva funcional dos idosos diminua e, por isso, perante situações de maior exigência, entrem mais facilmente em descompensação. É o que frequentemente acontece quando, perante uma intercorrência patológica, infecciosa ou outra, o idoso facilmente desencadeia insuficiência de órgão, mais frequentemente coração, rim ou pulmão.

Massa muscular

A perda de massa muscular é a principal causa da diminuição da massa magra no idoso, estando associada a problemas estruturais da fibra muscular, regulação neuro-endócrina e, em grande parte, à diminuição da atividade física que acompanha o envelhecimento. Trata-se de um aspeto particularmente importante porque é um grande condicionante da qualidade de vida dos idosos, pois menos massa muscular é igual a menos força muscular e esta é

igual a menor capacidade funcional, facilitando as quedas e situações de dependência.

Massa óssea

O envelhecimento associa-se à perda de massa óssea, principalmente na mulher depois da menopausa, mas também no homem a partir dos 70 anos. Daí a osteoporose ser particularmente prevalente nos idosos, e ser também de grande importância na qualidade de vida, pois facilita as fraturas, especialmente do colo do fémur, tão frequentes e com consequências tão nefastas neste escalão etário.

Diminuição da água corporal

Ao longo da vida vai-se perdendo água corporal, a qual representa mais de 70% do peso corporal à nascença, cerca de 60% no adulto jovem e pode chegar a cerca de 50% nas idades mais extremas da vida. Esta menor proporção da água corporal dos idosos deve-se principalmente à perda de massa muscular, sendo essencialmente à custa da água intracelular, não porque cada célula tenha menos água, mas porque há menor quantidade de células. Por isto se poderá considerar que o idoso é um “desidratado crónico”, sendo o risco de desidratação particularmente elevado quando este é acometido de febre, diarreia, vômitos ou insolação. Na verdade, a quantidade de água total do organismo dos idosos é significativamente menor do que a dos adultos não idosos, podendo pequenas perdas condicionar desidratações graves. É por essa razão que os idosos devem ser sensibilizados para beber regularmente água, pura ou sob outras formas, até porque, com o envelhecimento, a sensação de sede vai desaparecendo.

ESTATURA, PESO E ENVELHECIMENTO

A estatura diminui cerca de 1 cm por cada 10 anos dos 40 até aos 70, acentuando-se depois essa redução, o que se deve ao achatamento dos corpos vertebrais, devido à osteoporose, diminuição da espessura dos discos intervertebrais, cifose dorsal, arqueamento dos membros inferiores e achatamento do arco plantar. O peso no homem aumenta ao longo da idade adulta até atingir um *plateau* por volta dos 60-65 anos, tendo depois tendência para diminuir, enquanto nas mulheres o aumento é habitualmente maior e o *plateau* é atingido alguns anos mais tarde. A diminuição do peso é principalmente devida ao decréscimo da massa muscular e da água corporal, devendo notar-se que aumento de peso na idade avançada, salvo em situação de retenção de líquidos, se deve a aumento da gordura corporal.

A relação peso/estatura, permitindo calcular o índice de massa corporal (IMC), é o índice de avaliação nutricional mais usado no Mundo. No idoso, contudo, tem limitações, especialmente se não forem usados pontos de corte diferentes dos preconizados em geral, pois, devido à diminuição da altura associada ao envelhecimento, este índice está sobrevalorizado neste grupo etário, podendo classificar como normais eventuais desnutridos e como obesos eventuais normoponderais. Assim, Ferry e Alix (2002) propuseram os seguintes cortes de IMC para os idosos (Tabela 13.1).

Tabela 13.1 • Classificação do IMC em idosos.

IMC	Classificação
< 21	Desnutrição
21 < 25	Risco de desnutrição
25 < 30	Normal
> 30	Obesidade

ENVELHECIMENTO DA PELE E ANEXOS

Nas alterações da pele e anexos associadas ao envelhecimento encontramos, com maior ou menor expressão:

- ▶ Diminuição da gordura subcutânea periférica, que se deve à redistribuição centrípeta da gordura como anteriormente foi referido, o que motiva que haja diminuição da espessura das pregas cutâneas dos membros enquanto a prega subescapular se mantém. Por esta razão, as pregas cutâneas são pouco fidedignas na avaliação do estado nutricional dos idosos;
- ▶ Diminuição geral dos pelos do corpo com exceção, no homem, do aumento dos pelos das narinas, pavilhões auriculares e sobrancelhas e, na mulher, do crescimento dos pelos no lábio superior e mento, bem como perda e despigmentação do cabelo;
- ▶ Manchas hiperpigmentadas acastanhadas presentes especialmente no dorso das mãos e face, e que mais não são do que tendência para o disfuncionamento e desaparecimento dos melanócitos com o envelhecimento, havendo áreas de pele sem melanócitos e outras com acumulação dos mesmos;
- ▶ Equimoses nas superfícies de extensão, especialmente dorso das mãos e antebraços, muitas vezes sem causa identificada pelo idoso, e que correspondem à rotura de um pequeno vaso sanguíneo associada a pequenos traumas devido ao facto de, com o envelhecimento, a epiderme se tornar mais fina, a pele menos elástica e a gordura subcutânea menos protetora;

- ▶ Edema da pálpebra inferior por herniação de gordura e retenção de líquido que, embora não tendo significado clínico, preocupa por vezes o idoso. A sua excisão poderá ser feita, mas apenas por razões estéticas;
- ▶ Diminuição da secreção glandular sebácea e sudorípara tornando a pele mais seca e sensível às variações de temperatura e às infeções. O prurido senil, tão frequente e incomodativo para os idosos, resulta precisamente destas alterações.

ENVELHECIMENTO OSTEOARTICULAR E MUSCULAR

Os ossos são compostos por dois tipos de tecido ósseo, compacto e esponjoso, sendo que alguns, como as vértebras, anca e punho, apresentam alta proporção de osso esponjoso no qual a perda é mais marcada com o envelhecimento, surgindo a consequente osteoporose. Esta é a principal razão porque as fraturas nos idosos, causa de elevada morbilidade e perda de qualidade de vida, são mais frequentes nas vértebras (fraturas de compressão e cifose dorsal), colo do fémur e rádio, associadas por vezes a pequenos traumatismos.

As suturas do crânio deixam de ser constituídas por tecido fibroso e ossificam tornando o crânio numa peça única, sendo por isso menos resistente aos traumatismos. Nos discos intervertebrais o núcleo pulposo e o anel fibroso degeneram, diminuindo a espessura do disco e contribuindo para a cifose vertebral. Nas articulações sinoviais há degenerescência da cartilagem com aparecimento de artroses, com ou sem expressão clínica, mas presentes em todos os idosos. São típicas as artroses com deformação articular nas mãos (nódulos de Heberden e Bouchard), nos joelhos (gonartrose com varismo) e nos pés (*hallux valgus*).

A atrofia muscular, traduzida pela diminuição do número e tamanho das fibras musculares, causando decréscimo da força muscular, é responsável pela diminuição da capacidade funcional e independência dos idosos. Há evidência que atividade física regular contraria este processo.

ENVELHECIMENTO CARDIOVASCULAR

É difícil estabelecer divisórias entre o que é envelhecimento cardiovascular normal e o que é devido a patologias que surgem com o envelhecimento, como a hipertensão arterial e a aterosclerose. Em autópsias, 60-70% dos idosos apresentam alguma evidência de doença coronária, embora a sua maioria não apresente manifestações de doença.

Ao contrário dos outros órgãos, o coração aumenta de tamanho e de peso com a idade, quer devido ao aumento da espessura das paredes do ventrículo

esquerdo, cerca de 30% entre os 25 e os 80 anos, quer devido ao aumento das cavidades, ambas reflexo do aumento das resistências periféricas e conseqüente aumento da pressão arterial associadas ao envelhecimento.

O número de miócitos cardíacos diminui com o envelhecimento, sendo estas células substituídas por tecido fibroso, do que resulta uma diminuição da capacidade da reserva cardíaca e eventual insuficiência cardíaca, muitas vezes surgida de novo aquando de uma intercorrência patológica aguda que exija mais trabalho do coração.

O envelhecimento também afeta as válvulas cardíacas, especialmente a aórtica e a mitral, que sofrem espessamento e calcificação que, condicionando o aparecimento de estenose e/ou insuficiência, poderão ter tradução clínica com o aparecimento de sopros, insuficiência cardíaca e até de endocardite infecciosa.

A pressão arterial sistólica, fruto do aumento das resistências vasculares periféricas, tem tendência a aumentar com o envelhecimento (cerca de 35 mmHg nas populações dos países desenvolvidos) enquanto a diastólica se mantém ou até diminui. Aceite até há poucos anos como fisiológico, sabe-se hoje que os valores acima de 150 mmHg deverão merecer tratamento, não sendo contudo benéfico que os mesmos desçam abaixo dos 140 mmHg, pois parece associar-se a aumento da mortalidade.

Também os reflexos barorreceptores vão perdendo eficácia com a idade surgindo assim a hipotensão postural, situação particularmente frequente nos idosos, a qual, embora tendo outros fatores causais, está presente em cerca de 30 a 50% dos idosos com idade superior a 75 anos.

ENVELHECIMENTO DO APARELHO RESPIRATÓRIO

O envelhecimento influencia anatómica e funcionalmente o aparelho respiratório. Aos 60 anos a resistência elástica da parede torácica é o dobro da do adulto jovem, quer porque o pulmão, fruto da diminuição e deterioração da elastina, vai perdendo elasticidade, quer porque a caixa torácica se vai tornando mais rígida em função da calcificação das articulações condrocostais e da perda de eficácia dos músculos respiratórios, verificando-se aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax e diminuição do diâmetro transversal e da altura. Como resultado destas alterações, os parâmetros da capacidade pulmonar são influenciados verificando-se, com o envelhecimento, diminuição da capacidade vital, capacidade de reserva inspiratória, capacidade de reserva expiratória e volume expiratório máximo por segundo, enquanto o volume corrente se mantém e o volume residual aumenta. A nível dos brônquios, a mucosa

torna-se mais espessa, há maior produção de muco e diminuição da atividade ciliar. Se forem tidas em conta estas alterações, assim como a diminuição do reflexo da tosse e das defesas imunológicas do idoso, percebe-se o porquê das infeções respiratórias serem tão frequentes neste escalão etário.

ENVELHECIMENTO DO APARELHO DIGESTIVO

A perda de dentes é comum nos idosos, muitas vezes reflexo de má higiene oral ao longo da vida, sendo que frequentemente tal facto é aceite como normal, havendo idosos com edentulismo total ou quase para o resto da vida. Também a saliva tem tendência a diminuir em quantidade e qualidade. Tais factos, prejudicando a mastigação e insalivação dos alimentos e levando até à exclusão de alguns mais difíceis de mastigar, podem contribuir para défices nutricionais para os quais o idoso já tem vários fatores de risco. Pode surgir também alguma diminuição da coordenação neuromuscular do esófago que poderá causar disfagia, regurgitação, dor retrosternal e engasgamento. A nível do estômago, verifica-se diminuição da produção de ácido clorídrico e do fator intrínseco de Castle, os quais, condicionando a absorção de ferro e vitamina B12, respetivamente, poderão facilitar o aparecimento de anemia. No cólon, o envelhecimento associa-se a diminuição da motilidade, que contribui para a obstipação, um problema frequente e por vezes grave nos idosos, bem como a aumento da pressão intraluminal que favorece o desenvolvimento de divertículos e diverticulites.

ENVELHECIMENTO RENAL

À medida que a idade avança, o rim vai sofrendo alterações anatómicas e estruturais, verificando-se uma diminuição de tamanho e peso (cerca de 60 g entre os 20 e os 80 anos), e uma redução do número de nefrónios (cerca de 30 a 50% aos 70 anos). Daqui se depreende que, nos idosos, há sempre algum grau de insuficiência renal, a qual não tem habitualmente tradução no valor da creatinemia, porque este parâmetro reflete a massa muscular e esta está também diminuída no idoso. Por isso, para avaliar a função renal do idoso, deve calcular-se a depuração renal através de uma fórmula que tenha em conta a idade, como por exemplo a de Cockcroft-Gault. Na prática, esta perda, levando à diminuição da capacidade de reserva funcional do rim, justifica a facilidade com que se dá a descompensação renal aquando de intercorrências agudas, e chama também à atenção de que, sendo os medicamentos eliminados essencialmente por via renal, o risco de sobredosagem é maior, devendo, por isso, em certos casos, proceder-se ao ajuste posológico.

ENVELHECIMENTO GENITURINÁRIO

Na mulher, o envelhecimento geniturinário conduz a atrofia do útero, ovários e vagina, verificando-se descaimento do útero por enfraquecimento dos ligamentos, tendência para maior frequência de quistos nos ovários e diminuição do comprimento e largura da vagina, cujo revestimento é mais seco e atrófico. As consequências são maior facilidade de infecção urinária, coito por vezes doloroso e maior probabilidade de prolapso uterino.

No homem, a grande alteração relaciona-se com a próstata, que aumenta de volume, verificando-se atrofia do tecido prostático e aumento do tecido fibroso, o que, conduzindo à hipertrofia benigna da próstata, vai ter como consequência a retenção vesical e disúria que, por sua vez, favorecem a infecção urinária, e, se não houver tratamento adequado, hidronefrose e insuficiência renal.

ENVELHECIMENTO DO SISTEMA NERVOSO

O tamanho do cérebro diminui com o envelhecimento, pesando cerca de menos 5% aos 70 anos e menos 20% aos 90. Verifica-se também diminuição dos neurónios, sinapses, neuromediadores, mielina, débito sanguíneo e extração da glicose, cuja repercussão na cognição se manifesta por lentificação dos processos mentais e diminuição da memória recente, atenção, concentração, inteligência fluida e pensamento abstrato. Importa, contudo, realçar que a demência não é uma inerência do envelhecimento e que aos 100 anos é expectável que os idosos apenas tenham perdido cerca de 20% das suas capacidades cognitivas. Com o envelhecimento verifica-se também diminuição da coordenação neuromuscular e dos reflexos, o que pode ter grande importância nas quedas e suas consequências, bem como na independência e qualidade de vida.

OUTRAS ALTERAÇÕES

Com o envelhecimento verifica-se ainda aumento do tamanho do nariz e pavilhões auriculares, aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax com redução do diâmetro transverso e aumento do diâmetro ântero-posterior do abdómen e diâmetro bi-ilíaco. A circunferência do crânio também aumenta.

ENVELHECIMENTO E DOENÇA

As doenças aceleram o envelhecimento e o envelhecimento favorece as doenças, havendo por vezes controvérsia entre o que é patológico e o que é

normal, podendo dar-se como exemplo a aterosclerose, a osteoporose e a deterioração das funções cognitivas, situações onde nem sempre é fácil traçar a linha divisória. Contudo, o envelhecimento não é uma doença, embora a génese e desenvolvimento da doença sejam favorecidos pelo envelhecimento.

TIPOS DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento não afeta de igual modo todos os indivíduos, verificando-se para a mesma idade cronológica variações quer intraindividuais, sendo mais rápido nos tecidos ricos em elastina (pele, artérias e pulmões), quer interindividuais, onde as diferenças entre indivíduos da mesma idade são por vezes bem marcadas, estando as razões para esta variabilidade relacionadas não só com a genética, mas seguramente também com eventuais doenças intercorrentes e estilos de vida.

O envelhecimento pode ser classificado em normal ou fisiológico e patológico. O normal ou fisiológico pode, por sua vez, ser dividido em usual ou comum, quando fatores extrínsecos, como má alimentação, sedentarismo, alcoolismo, consumo de drogas, poluição, tabagismo, stress ou sono inadequado, intensificam os efeitos do próprio envelhecimento, sendo o bem-sucedido, ou saudável, aquele que seria apenas fruto do processo fisiológico da senescência. Por sua vez, o patológico seria o decorrente de um envelhecimento acelerado, como acontece em algumas doenças hereditárias, das quais o principal exemplo é a progeria, doenças crónicas como algumas doenças reumatismais, SIDA, algumas doenças cardiovasculares, lesões traumáticas do sistema nervoso central e medulares, entre outras. O importante é, obviamente, que cada vez mais seja feita a promoção do envelhecimento saudável, bem como o tratamento possível nas situações de envelhecimento patológico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DOENÇA E ENVELHECIMENTO

O diagnóstico diferencial entre as manifestações do envelhecimento (senescência) e as manifestações de doença (senilidade), ou seja entre o que é fisiológico (efeitos naturais do envelhecimento) e patológico (alterações produzidas pelas doenças) nem sempre é fácil, mas é fundamental, evitando dois erros comuns: todas as alterações encontradas num idoso serem erradamente atribuídas ao seu envelhecimento natural, negligenciando processos patológicos passíveis de tratamento e de cura; sinais e sintomas explicados pela senescência serem erradamente atribuídos a doenças,

originando a realização de exames e tratamentos desnecessários, ou seja, diagnosticar o próprio envelhecimento como uma doença. No primeiro caso, podem dar-se como exemplo as manchas hiperpigmentadas acastanhadas presentes especialmente no dorso das mãos e face e as equimoses nas superfícies de extensão, especialmente dorso das mãos e antebraços, que não necessitam de qualquer tipo de intervenção e, no segundo, o hipotireoidismo, cujas queixas são frequentemente atribuídas ao envelhecimento quando na prática se trata de patologia tratável.

QUADROS CLÍNICOS

Os idosos doentes apresentam-se com frequência angustiados, comparando-se com outros do seu grupo etário cujas situações clínicas tiveram má evolução e com a sensação de estarem no fim da vida, o que por vezes os deprime e leva a não colaborar ativamente no tratamento.

Os quadros clínicos são frequentemente confundidos pela pluripatologia e polimedicação habitualmente presentes, assim como pela apresentação inespecífica da doença que, muitas vezes, não mostra sintomatologia diretamente relacionada e outras é demasiado pobre.

Em todas as áreas patológicas existe alguma especificidade na clínica do idoso. A mesma doença tem por vezes manifestações e repercussões clínicas diferentes no idoso, justificando, como tal, terapêuticas diferentes ou adaptadas. Patologias como a diabetes *mellitus*, a pneumonia, o enfarte do miocárdio, a infeção urinária, o hipotireoidismo e a depressão, entre outras, são bons exemplos destas particularidades.

Do ponto de vista geral são características clínicas do doente idoso: importante variação individual, maior vulnerabilidade ao *stress*, reduzida capacidade de adaptação, maior dependência funcional, menor expressão semiológica, maior gravidade da patologia, declínio funcional mais acelerado, mais tempo de recuperação, prognóstico mais dependente do doente do que da doença e maior morbidade e mortalidade perante as mesmas doenças.

HISTÓRIA CLÍNICA DO DOENTE IDOSO

As alterações ligadas ao envelhecimento frequentemente condicionam também diferentes manifestações clínicas e diferentes quadros evolutivos. Muitas vezes, os sintomas habituais das doenças estão ausentes e, quase sempre, o quadro clínico de uma determinada patologia é mais pobre do que no

adulto não idoso. Importa também saber fazer a distinção entre o que são manifestações clínicas patológicas e manifestações do envelhecimento fisiológico, única maneira de não valorizar o que é fisiológico, mas de também não confundir manifestações de doença com a involução natural do envelhecimento.

ANAMNESE

Colhida através do interrogatório do idoso, dos familiares ou de pessoas com quem vive, nem sempre é fácil e credível. Deve ter-se sempre em conta as diminuições do idoso, particularmente nos aspetos sensoriais, especialmente auditivos e cognitivos, que dificultam a recolha e a credibilidade da história. O interrogatório deve ser feito com o doente vestido, comodamente sentado à frente do médico ou, se deitado, com o médico sentado de modo a estar ao seu nível, para assim não se sentir em posição de inferioridade, devendo o ambiente ser calmo, aquecido e com boa luz. A palavra não deve ser gritante porque o idoso sofre de presbiacusia e não ouve sons de alta frequência, e deve ser clara e cadenciada porque o idoso, por vezes, requer mais tempo para a intuir.

A expressão semiológica é habitualmente fraca, a forma de expressar as queixas é por vezes confusa e difícil de entender, apresentando frequentemente várias doenças crónicas que confundem a sintomatologia aguda. Os idosos queixam-se, por vezes, do que os incomoda mais, mas que não é necessariamente o mais importante. É preciso ter perícia para procurar o mais importante para o diagnóstico tendo em atenção que alguns défices podem ser omitidos por pudor (incontinência urinária, prolapso uterino, hemorroidas, patologias genitais, etc.) ou vaidade (negação da velhice). Quando se interroga um doente idoso deve ter-se em mente que: "O médico foi treinado para exercer o seu mister, mas os indivíduos não foram treinados para ser doentes". O interrogatório deverá ainda incluir uma revisão por sintomas e sistemas, para evitar possíveis esquecimentos, bem como colher dados sobre o perfil do idoso, como interesses, *hobbies*, estilo de vida, ocupações, história dos problemas correntes e listagem dos principais problemas. De grande importância é conhecer a história das doenças atuais e passadas e a polimedicação a que grande parte dos idosos está sujeita que, por si só, pode ser causa de manifestações clínicas e de doença.

EXAME OBJETIVO

Sendo semelhante ao do não idoso, pode, contudo, tornar-se mais difícil, exigindo seguramente mais tempo e necessitando frequentemente da

colaboração de familiares ou de outros profissionais de saúde. Pressupõe, por outro lado, o conhecimento das alterações decorrentes do envelhecimento a nível de aparelhos e sistemas, único modo de não desvalorizar ou, pelo contrário, sobrevalorizar certos achados semiológicos. Pode haver dificuldade em o doente se pôr na posição necessária, devido a limitações anatómicas e funcionais, sendo de realçar as seguintes particularidades:

- ▶ A desidratação é mais difícil de avaliar devido ao enrugamento da pele, devendo por isso a prega cutânea ser pesquisada na zona do esterno (menor laxidez da pele);
- ▶ Os tons cardíacos são menos audíveis e o quarto tom está mais vezes presente;
- ▶ Os sopros cardíacos sistólicos são audíveis em cerca de metade dos idosos, devido a alterações degenerativas, especialmente a nível da válvula aórtica;
- ▶ Pode haver endurecimento arterial periférico, objectivável a nível das carótidas e radial;
- ▶ O sopro abdominal deve ser pesquisado sistematicamente dada a maior frequência de estenose aterosclerótica da artéria renal;
- ▶ A palpação abdominal, em decúbito dorsal, deve ser feita com uma pequena almofada por baixo do pescoço (a cifose impede o relaxamento muscular abdominal);
- ▶ As alterações musculoesqueléticas são frequentes (artroses, fraturas osteoporóticas, deformações da coluna vertebral);
- ▶ A postura vai ficando em flexão;
- ▶ A marcha faz-se com passos curtos;
- ▶ Pode haver dismetria dos membros e atrofia dos interósseos;
- ▶ A força e tônus muscular estão diminuídos;
- ▶ Há tendência para o tremor, que pode ser fisiológico;
- ▶ Há diminuição dos reflexos musculotendinosos, entre outros;
- ▶ As pupilas são mais pequenas e irregulares, reagindo menos à luz;
- ▶ Há diminuição da sensibilidade vibratória distal e propriocetiva;
- ▶ Há aumento do limiar à dor e à temperatura.

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Embora não totalmente sobreponíveis aos observados nos jovens, aceita-se que a velocidade de sedimentação, glicemia, creatininemia, globulinas séricas e a fosfatase alcalina aumentem ligeiramente no idoso e a albumina sérica, número de leucócitos e a hemoglobina diminuam um pouco; a verdade é que, em condições normais, os seus valores andam sempre próximos dos limites máximo ou mínimo dos do

adulto jovem, pelo que os valores anormais nos idosos devem ser primariamente atribuídos a patologia e não à idade.

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO GLOBAL

Os idosos apresentam problemas e limitações relacionados com o próprio envelhecimento fisiológico, com as doenças que comumente os atingem e com a sociedade onde estão inseridos. Estes problemas obrigam à utilização de métodos e estratégias que permitam uma avaliação correta e completa, bem como uma visão global do complexo biopsicossocial que é o idoso.

A avaliação geriátrica multidimensional pode ser definida como um processo diagnóstico multidisciplinar, e frequentemente interdisciplinar, orientada para detetar problemas médicos, psicossociais e funcionais do idoso, com o objetivo de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento a longo prazo. Esta avaliação, utilizando instrumentos de natureza diversa, numa perspetiva multidisciplinar e interdisciplinar, deverá, pois, fazer um levantamento, o mais completo possível, do estado de saúde do idoso, dos seus problemas sociais, económicos, familiares, ou outros, que determinem o seu comportamento e condicionem a sua autonomia e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Assim, a avaliação do idoso deverá ir muito para além da avaliação clínica, que é a prática habitual nas nossas instituições de saúde, avaliando também as áreas onde o idoso é habitualmente deficitário, como o estado físico, mental, funcional, social e nutricional, com o objetivo de elaborar um plano geral que responda não só aos seus problemas de doença, mas também aos seus problemas psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidades e necessidades. Só assim, conhecendo todos os problemas do idoso, poderá ser elaborado um plano que responda às suas reais necessidades, contribuindo deste modo para atingir o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde: "Bem-estar físico, mental e social".

BIBLIOGRAFIA

- Howard M. Fillit, MD, Kenneth Rockwood and Kenneth Woodhouse (Eds). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Saunders. 7th Ed., 2011.
- Jeffrey B. Halter, Joseph G. Hazzard's *Geriatric Medicine and Gerontology*. Mary E. Tinetti, Stephanie Studenski, Kevin P. High, Sanjay Asthana (Eds), Ouslander, 6th Ed., 2009.
- Teixeira Veríssimo M. Avaliação multidimensional do idoso. In Horácio Firmino (Ed.) *Psicogeriatría*. Lisboa: Livraria Almedina. 2006.

