

**Liga de Geriatria da Universidade de
Pernambuco**

GERIATRIA E GERONTOLOGIA: Um olhar sobre a saúde do idoso



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

2023 1ª EDIÇÃO

**Liga de Geriatria da Universidade de
Pernambuco**

GERIATRIA E GERONTOLOGIA: Um olhar sobre a saúde do idoso



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

2023 1ª EDIÇÃO

Equipe Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernado Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G369 Geriatria e Gerontologia: um olhar sobre a saúde do idoso. / Liga de geriatria da Universidade de Pernambuco – João Pessoa: Periodicojs editora, 2023.

E-book: il. color.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-6010-035-0

1. Geriatria. 2. Gerontologia. I. Saúde do idoso. II. Título.

CDD 618.97

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. Geriatria: 618.97

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

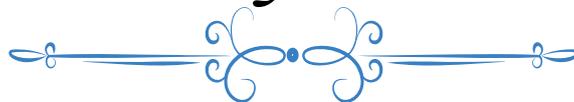


Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: @periodicojs

Prefácio



A obra intitulada de “Geriatrics e Gerontologia: um olhar sobre a saúde do idoso” foi organizada pela Liga de Geriatrics da Universidade de Pernambuco (LAGEUPE), sob orientação do Dr. Alexandre de Mattos Gomes, com o intuito de divulgar conhecimentos essenciais para a prática clínica de todo estudante e profissional de saúde que trabalhe com a pessoa idosa. O envelhecimento é um fenômeno universal que se encontra cada vez mais em ascensão nos dias atuais, portanto, acreditamos que o entendimento acerca das suas particularidades é uma etapa imprescindível para o aprimoramento da qualidade do cuidado fornecido à população geriátrica.

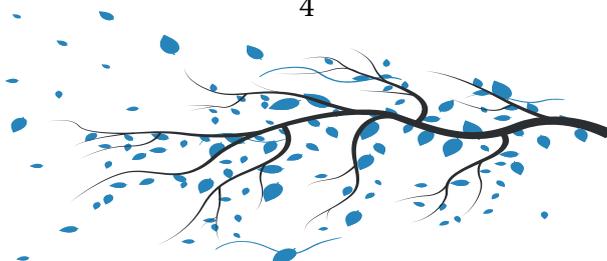
A publicação desse livro junto a Editora Acadêmica Periodicojs se encaixa no perfil de produção científica produzida pela editora que busca valorizar diversos pesquisadores por meio da publicação completa de suas pesquisas. A obra está sendo publicada na seção Tese e Dissertação da América Latina.

Essa seção se destina a dar visibilidade a pesquisadores na região da América Latina por meio da publicação de obras autorais e obras organizadas por professores e pesquisadores dessa região, a fim de abordar diversos temas correlatos e mostrar a grande variedade temática e cultural dos países que compõem a América Latina.

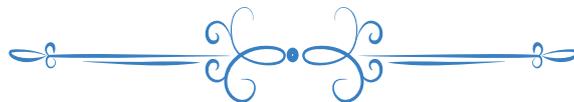
Essa obra organizada é fundamental, porque toca em questões essenciais relacionadas a saúde do idoso, trazendo temas importantes e necessários para se construir políticas públicas eficazes para a qualidade de vida dos idosos. Assim, com base em temas atuais e recorrentes, o leitor vai ter a chance de se aprofundar e crescer em conhecimento por meio das pesquisas produzidas.

Filipe Lins dos Santos

Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs



Sumário



Capítulo 1

O QUE TODO PROFISSIONAL DA SAÚDE DEVE SABER SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA?

16

Capítulo 2

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA E PARTICULARIDADES NA ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO IDOSO

41

Capítulo 3

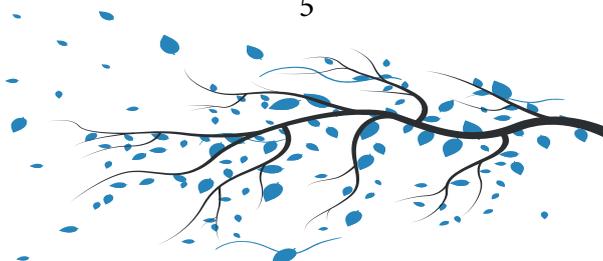
GERIATRIA PREVENTIVA: VACINAÇÃO NO IDOSO

86

Capítulo 4

GERIATRIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

102



Capítulo 5

FARMACOLOGIA NO IDOSO: COMO OTIMIZAR AS PRESCRIÇÕES E DIMINUIR OS RISCOS DE IATROGENIAS?

109

Capítulo 6

MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS NOS IDOSOS DE DOENÇAS COMUNS

122

Capítulo 7

IDENTIFICANDO O IDOSO FRÁGIL E O MANEJO DA SÍNDROME DA FRAGILIDADE

143

Capítulo 8

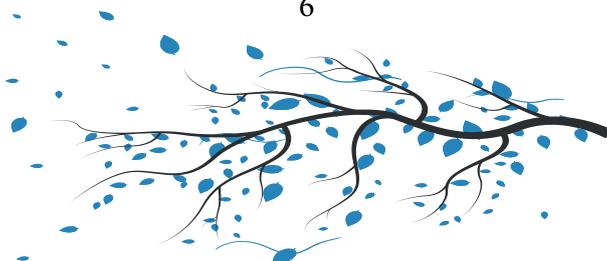
ECULIARIDADES DA DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA

156

Capítulo 9

DELIRIUM: UMA IMPORTANTE SÍNDROME GERIÁTRICA

173



Capítulo 10

O IDOSO COM QUEIXAS DE MEMÓRIA NO AMBULATÓRIO: COMO ABORDAR?

190

Capítulo 11

O IDOSO COM DEMÊNCIA AVANÇADA E SÍNDROME DA IMOBILIDADE

207

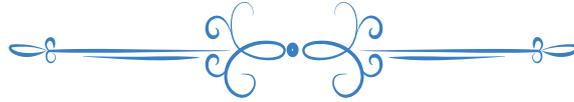
Capítulo 12

CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA: CONDUZINDO O PROCESSO DE FINITUDE

227



Dos autores



1) Dr. Alexandre de Mattos Gomes

Residência em Clínica Médica pelo Hospital Barão de Lucena

Pós-graduação *Latu senso* em Geriatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)

Professor e Coordenador da Disciplina de Geriatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM-UPE)

Preceptor da Residência de Geriatria do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco (HUOC-UPE)

Geriatra Titular da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

Ex-Presidente da seccional de Pernambuco da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG/PE por duas gestões

Diretor Médico do IMEDI - Instituto de Medicina do Idoso/Recife - Brasil

2) Dr. Victor do Amaral Dias

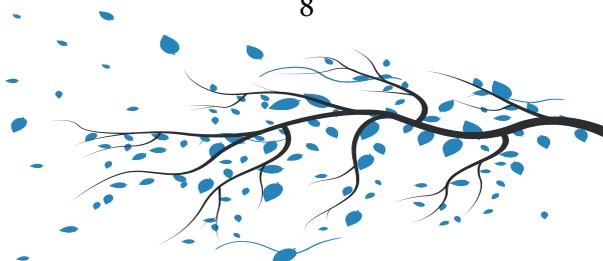
Residência em Clínica Médica pelo Hospital Barão de Lucena-PE

Residência em Geriatria pelo Real Hospital Português de Beneficência-PE

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Pernambuco

Preceptor das residências de Geriatria do Hospital Oswaldo Cruz-PE e do Real Hospital Português de Beneficência-PE

Criador do InfoGeri (@infogeri_)



3) Dra. Clarice Câmara Correia

Residência de Clínica Médica e Geriatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Geriatra titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Pernambuco (UPE).

Professora da Faculdade de Medicina da UPE.

Preceptora da Residência de Geriatria da UPE.

Médica Geriatria do Instituto de Geriatria e Gerontologia de Pernambuco do Real Hospital Português (IGGPE).

4) Dra. Jéssika Melo Leão Bezerra

Residência em Clínica Médica e Geriatria pela Universidade de Pernambuco (UPE)

Geriatra titulada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

Pós-graduada em Cuidados Paliativos pela UPE

Preceptora de Clínica Médica e Geriatria do Internato da Faculdade Maurício de Nassau (UNINAS-SAU)

Professora do curso de pós-graduação em Geriatria da IPEMED

Mestranda em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas/UPE

5) Dra. Sandra Brotto Furtado Ehrhardt

Residência em Geriatria pela Universidade de Pernambuco (UPE)

Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2023/2025 seccional Pernambuco

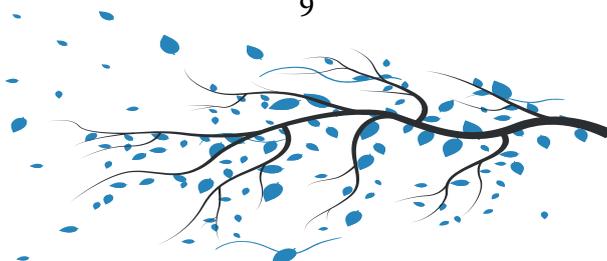
Mestre em Ciências da Saúde pela UPE

Título de especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGGAMB)

Título de especialista em Cuidados Paliativos ANCP AMB

Preceptora da Residência de Geriatria do IMIP

Geriatra do Serviço de Atenção Domiciliar da FGH



Geriatra do IMEDI e do Núcleo da Oncogeriatría da Oncoclínicas

Coordenadora da pós-graduação de Geriatria da Faculdade IDE

6) Dra. Adriana de Melo Gomes

Residência em Clínica Médica pelo Hospital da Restauração

Residência em Geriatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)

Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)

Doutora em Ciências da Saúde pela PUC-RS

7) Dra. Alessandra Maria Siqueira Campos de Carvalho

Residência em Clínica Médica pelo Hospital Barão de Lucena

Pós-graduação em Geriatria pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS)

Paliativista pela AMB

Mestra em ciências da saúde pela Universidade de Pernambuco (UPE)

Coordenadora do Centro de Referência em Idosos do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC-PE)

Preceptora da residência médica em geriatria do HUOC

Coordenadora dos cursos de pós-graduação de Cuidados Paliativos da UPE médico desde 2016

Vice-coordenadora do curso de pós-graduação multi em Cuidados Paliativos da UPE 2021-2022

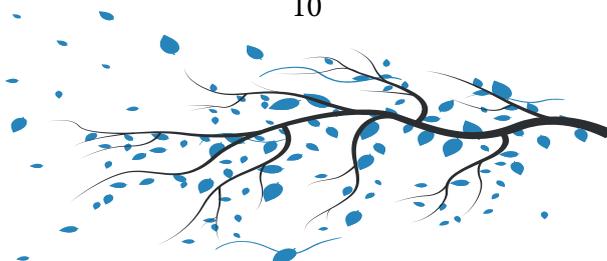
8) Dr. Carlos Henrique Tavares de Albuquerque

Residência em Clínica Médica pelo Hospital Getúlio Vargas (HGV)

Residência em Geriatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Preceptor de Geriatria do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)

Hospital Getúlio Vargas



9) Dr. Rodrigo de Lemos Soares Patriota

Residência em Clínica Médica pelo Hospital Otávio de Freitas

Residência em Geriatria pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)

Mestre em educação pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

10) Tomaz Magalhães Vasconcelos de Albuquerque

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco

Vice-presidente da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2022

11) Maria Luiza Vasconcelos Montenegro

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco

Vice-presidente da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

12) Lucas Ferreira de Souza

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco

Diretor de Extensão da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

13) Sylvia Ferreira Grisi Paiva

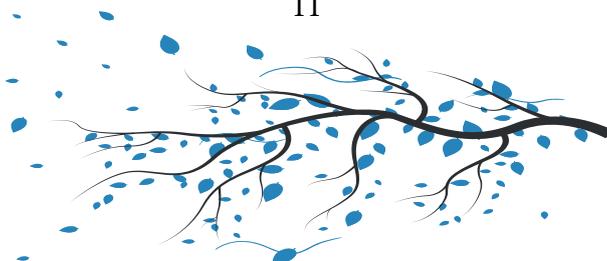
Discente do Curso de Medicina da Faculdade Maurício de Nassau - Uninassau Recife

Diretora de Ensino da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

14) Lívia Fabrícia Francisco de Lima

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco

Diretora de Pesquisa da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023



15) Ludmila Belo Ramos da Silva

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretora de Pesquisa da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

16) Annelise Rebeca Tomais de Oliveira

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretora de Ensino da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2021

17) Bruno Sutani Barros Cardoso

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Vice-presidente da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2021

18) Daniela Souza de Brito

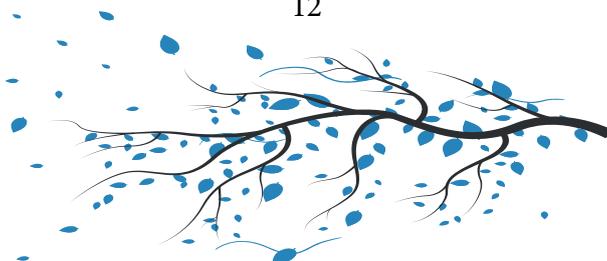
Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretora de Extensão da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2021

19) Maria Brenda Clemente Lima

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretora de Pesquisa da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2021

20) Pedro Henrique Drummond dos Santos

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Presidente da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2022



21) Evelyn Andrade de Santana

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretora de Extensão da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

22) Rafael Tenório Falcão

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Presidente da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2021

23) Eduarda Pereira Rodrigues de Campos

Discente do Curso de Medicina da Faculdade Maurício de Nassau - Uninassau Recife
Diretora de Extensão da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

24) Ana Beatriz Pereira de Carvalho Brito

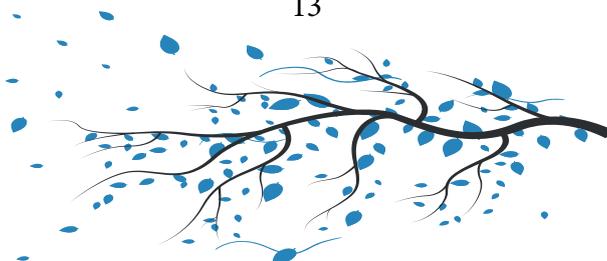
Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretora de Ensino da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

25) Lucas Cardozo Zanardo

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretor de Ensino da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2022

26) Alexandre Gabriel Taumaturgo Cavalcanti Arruda

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretor de Pesquisa da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2022



27) Laura Margarida Veiga Pereira

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretora de Mídias da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

28) Giovanna de Holanda Patriota Sandres

Discente do Curso de Medicina da Faculdade Maurício de Nassau - Uninassau Recife
Diretora de Mídias da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

29) Egeval Pereira da Paz Neto

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Diretor de Pesquisa da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

30) Maria Eduarda de Araújo Calado

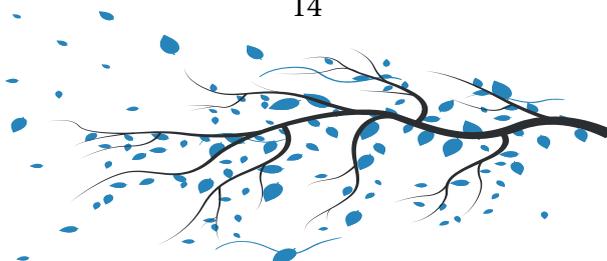
Discente do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde
Diretora de Ensino da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2022

31) Bianca Alves de Paiva

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Secretária da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2023

32) Beatriz Isabele Araújo Coelho

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Secretária da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2021



33) Anna Paula Silva Araújo

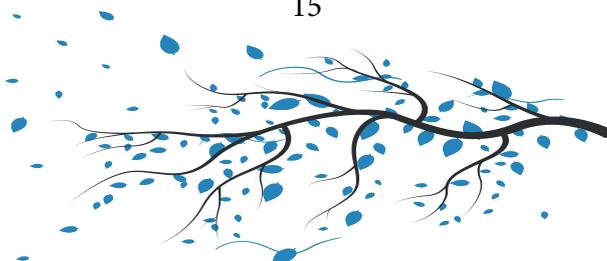
Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Secretária da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2022

34) Maria Eduarda Marinho Caúla Alcântara

Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco
Tesoureira da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2021

35) Juliana Reis Moura Lippo Acioli

Discente do Curso de Medicina da Faculdade Integrada de Tiradentes - Pernambuco
Diretora de Pesquisa da Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco na gestão 2022



Capítulo 1

O QUE TODO PROFISSIONAL DA SAÚDE DEVE SABER SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA?



Maria Eduarda de Araújo Calado
Egeval Pereira da Paz Neto
Ludmila Belo Ramos da Silva
Rodrigo de Lemos Soares Patriota

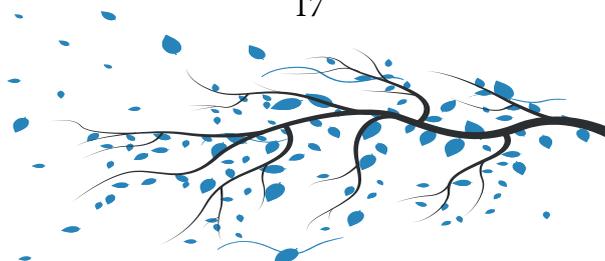
INTRODUÇÃO

A transição demográfica vem promovendo um aumento na expectativa de vida das pessoas, de modo que, com o passar dos anos, há uma tendência da população ser constituída por uma proporção de idosos cada vez maior (CORTEZ et al., 2019). Diante desse cenário, o envelhecimento populacional traz consigo contextos que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social dos países (MIRANDA; MENDES; DA SILVA, 2016).

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas abaixo de 30 anos de idade no Brasil caiu 5,4% entre 2012 e 2021, enquanto houve aumento em todos os grupos acima dessa faixa etária. No mesmo período, a população com 60 anos ou mais aumentou de 11,3% para 14,7% da população total, passando de 22,3 milhões para 31,2 milhões de indivíduos (IBGE, 2022). Essas mudanças indicam a necessidade de redirecionamento de políticas públicas no âmbito da saúde e da previdência social no Brasil.

Dessa forma, é de extrema importância que sejam direcionados esforços para a atualização dos profissionais da saúde, de modo que os mesmos desenvolvam competências de cuidado à população idosa, não limitando o atendimento dessa população aos Geriatras e profissionais da Gerontologia, uma vez que a quantidade desses profissionais é insuficiente diante da demanda populacional (BRASIL, 2019).

Portanto, o presente capítulo busca esclarecer alguns aspectos fundamentais e particulares da saúde da população geriátrica, bem como as síndromes mais frequentes e os instrumentos que podem ser utilizados pelos profissionais para uma avaliação geriátrica multidimensional.



ENVELHECIMENTO, SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA E AVALIAÇÃO AMPLA

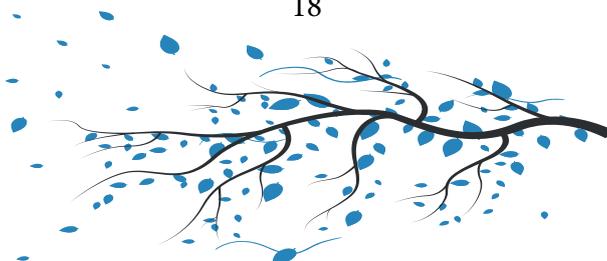
Envelhecer é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento biológico como sendo

um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006).

As diversas mudanças decorrentes desse processo podem ser fisiológicas, caracterizando a senescência, ou pode ser acompanhado de processos patológicos, sendo então chamado de senilidade. Em condições normais, a senescência não costuma gerar danos à saúde do indivíduo. A senilidade, por sua vez, resulta da sobrecarga do organismo decorrente, por exemplo, de doenças, acidentes e estresse emocional, propiciando o surgimento de condições patológicas (FREITAS, 2022).

No ser humano, além das modificações orgânicas, o envelhecimento provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais. Diante disso, o Ministério da Saúde preconiza que

A avaliação global de saúde da pessoa idosa deve contemplar as dimensões social, clínica, mental e funcional. Ao mesmo tempo, deve ampliar a compreensão do processo de envelhecimento permitindo a identificação e classificação de riscos e finalmente a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014).

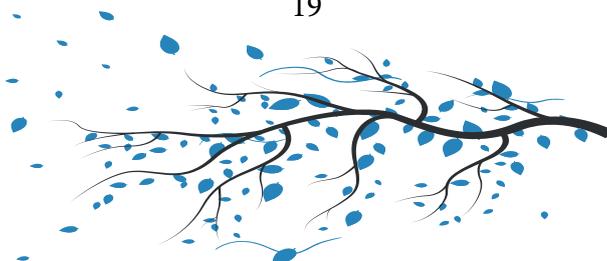


Tendo em vista que todo profissional da saúde deve estar instruído quanto à heterogeneidade e aos condicionantes sociais envolvidos no processo saúde-doença-cuidado dessa população, os atendimentos aos pacientes geriátricos devem ser individualizados, evitando sempre o idadismo e a infantilização do idoso na construção do plano terapêutico (GUIDES, 2016).

O idadismo, segundo a OPAS, é a discriminação baseada na idade, manifestando-se por estereótipos e preconceitos. Pode ocorrer em níveis institucionais, interpessoais ou mesmo contra si próprio. O idadismo institucional se refere a restrições injustas e desvantagens baseadas na idade, enquanto o interpessoal ocorre nas interações entre pessoas. O idadismo direcionado contra si mesmo acontece quando a pessoa internaliza esses estereótipos e os utiliza contra si mesma. Ao longo da vida, o idadismo se entrelaça com outros preconceitos, como capacitismo, sexismo e racismo, intensificando seus impactos na saúde e no bem-estar individual (OPAS, 2022).

Para as pessoas idosas, o idadismo está associado a uma menor expectativa de vida, pior saúde física e mental, recuperação lenta e declínio cognitivo. Além disso, piora a qualidade de vida dessa população, aumentando o isolamento social, a solidão, restringe sua capacidade de expressar sua sexualidade e pode aumentar o risco de violência e abusos contra esses indivíduos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; PAULA; BANA, 2023).

Nesse contexto, é importante também conceituar o que é Saúde segundo as condições particulares da população idosa. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde pode ser definida como o mais completo bem-estar biopsicossocial-cultural-espiritual, e não simplesmente mediante a ausência de doenças. Na mesma perspectiva, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) apresenta que o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de



autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doenças orgânicas (BRASIL, 2006). Ou seja, o idoso pode ser considerado saudável, mesmo apresentando múltiplas patologias, se é capaz de realizar atividades de maneira independente e autônoma.

Diante desse contexto, surge o projeto de incentivo ao “Envelhecimento Ativo” com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das populações e indivíduos que estão envelhecendo. Esse objetivo pode ser alcançado através do fortalecimento da autonomia, da participação social, da garantia de segurança e de cuidados adequados a essas populações. Nessa perspectiva, a Autonomia é definida como:

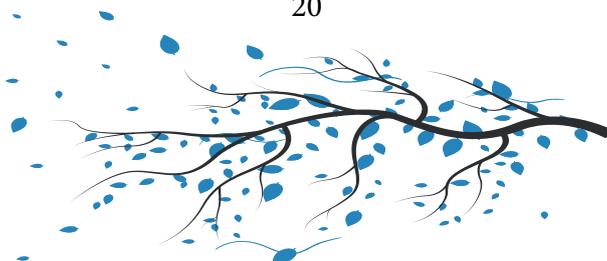
a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Enquanto que a Independência é definida como:

a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária - isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Portanto, cabe aos profissionais estimular a manutenção da autonomia e potencialização da independência, o que só pode ser feito a partir de uma abordagem geronto-geriátrica abrangente, considerando os diversos aspectos que envolvem o indivíduo e o contexto no qual ele está inserido (GOMES et al., 2021; FREITAS, 2022).

O desempenho nas atividades de vida diária pode ser utilizado como parâmetro para determinar o estado funcional do indivíduo. Essas atividades podem ser divididas em 03 categorias,



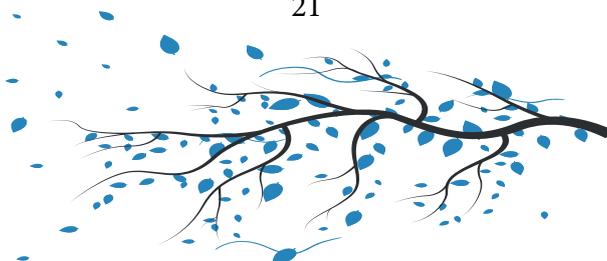
sendo elas as Atividades Básicas de Vida Diária (AVD), as Atividades Intermediárias de Vida Diária (AIVD) e as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (REUBEN et al., 1990). Na prática clínica, a avaliação das ABVD e das AIVD são mais utilizadas, entretanto, estudos indicam o potencial da avaliação das AAVD como indicador precoce da deterioração da capacidade funcional, bem como sua relação com a qualidade de vida e a saúde mental no envelhecimento (Quadro 1) (SOUTO et al., 2017).

Quadro 1. Classificação, definição das Atividades de Vida Diária e exemplo.

Atividades de Vida Diária	Definição	Exemplos de Atividades
Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	São tarefas relacionadas à sobrevivência. Dependem da independência.	Utilizar o banheiro, transferir-se, ser continente, alimentar-se.
Atividades Instrumentais ou Intermediárias de Vida Diária (AIVD)	São tarefas mais complexas, de exigências neuropsicológicas. Manutenção da vida em comunidade. Relacionadas com a autonomia.	Fazer compras, gerenciar finanças, usar meios de transporte, gerenciar o uso de medicações, preparar refeições.
Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD)	São atividades voluntárias influenciadas por fatores socioculturais e motivacionais. Para o envolvimento nessas atividades é necessário autonomia e independência, envolvendo capacidade comportamental, física e cognitiva.	<i>Atividades de lazer</i> – praticar atividades físicas, <i>hobbies</i> , tocar instrumentos musicais, entre outros. <i>Atividades sociais</i> – participar de atividades políticas, eventos, grupos sociais ou religiosos. <i>Atividades produtivas</i> – prestação de serviço comunitário, trabalhar, atividades religiosas solidárias.

Fonte: elaborado pelos autores, 2023. Baseado em REUBEN *et al.*, 1990; SOUTO *et al.*, 2017.

Com o aumento da expectativa de vida, surgiram mais condições de multimorbidades e incapacidades conforme a idade avança. Indivíduos com multimorbidades enfrentam complexidade e vul-



nerabilidade, afetados por problemas cognitivos, funcionais e psicossociais. Além disso, têm maior propensão a desenvolver doenças agudas de forma atípica, dificultando o diagnóstico e tratamento. Também estão sujeitos a iatrogenia, fragilidade, síndromes geriátricas, hospitalizações e institucionalização (FREITAS, 2022).

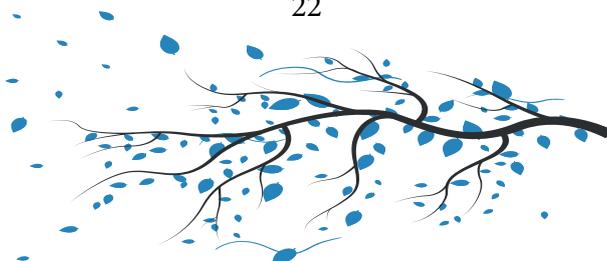
GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICAS

Como foi mencionado anteriormente, a saúde do idoso está relacionada com sua funcionalidade global, ou seja, com a capacidade de gerir sua própria vida ou cuidar de si mesmo. A autonomia e a independência podem ser avaliadas a partir da análise das atividades diárias realizadas pelo indivíduo.

A saúde do idoso deve ser avaliada, portanto, a partir de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A perda dessas funções, bem como a atuação inadequada do profissional de saúde frente às demandas desses indivíduos, resulta nas grandes síndromes geriátricas, conhecidas como os 7 “Is” da Geriatria, que são: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incapacidade comunicativa, iatrogenia, incontinência esfincteriana e insuficiência familiar.

INCAPACIDADE COGNITIVA

A incapacidade cognitiva designa o comprometimento das funções encefálicas superiores (raciocínio, memorização, linguagem e atenção), sendo capaz de prejudicar a funcionalidade do indivíduo. Esse comprometimento pode estar relacionado com as mudanças decorrentes do envelhe-

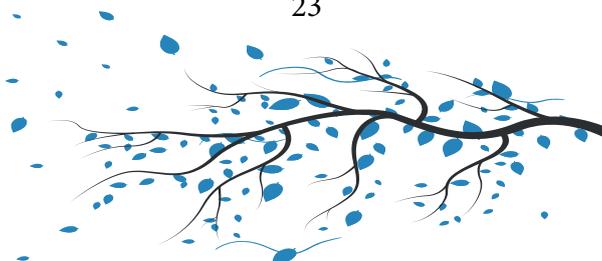


cimento sobre o sistema nervoso no plano anatômico, funcional e neuroquímico (BEZERRA et al., 2016; MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). Ademais, fatores educacionais, socioeconômicos e o estilo de vida podem influenciar a magnitude dos efeitos do envelhecimento sobre a cognição (MACUCO et al., 2012).

Em relação às principais etiologias dessa síndrome, também conhecidas como os 04 “Ds” da incapacidade cognitiva, pode-se citar: demência, depressão, delirium e doenças mentais. Por vezes, algumas dessas etiologias podem ser confundidas entre si (Quadro 2). Os critérios para realizar o diagnóstico dessas etiologias encontram-se no Manual Estatístico e Diagnóstico de Desordens Mentais (DSM-V). Além disso, o geriatra pode solicitar exames complementares para auxiliar no diagnóstico, como exames laboratoriais, de imagem, funcionais, biomarcadores e avaliação neuropsicológica (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010; RAMOS, 2014).

Quadro 2. Principais características e diferenças entre as etiologias das incapacidades cognitivas.

Principais diferenças entre as incapacidade cognitivas				
	<i>Delirium</i>	Depressão	Demência	Doença mental
Início	Súbito	Coincide com eventos da vida, geralmente recentes	Insidioso	Variável
Curso nas 24h	Flutuante (exacerbação noturna)	Variação diurna; menor flutuação que o <i>delirium</i>	Estável	Estável (exceto nas agudizações)
Consciência	Reduzida	Preservada	Preservada (exceto em estágios avançados)	Preservada
Atenção	Desatenção (flutuação ao longo do dia)	Prejuízo mínimo, distração	Normal (exceto em estágios avançados)	Pode ser desordenada



Cognição	Globalmente prejudicada	Memória pode estar prejudicada, pensamentos negativos	Globalmente prejudicada	Pode ser seletivamente prejudicada
Orientação	Prejudicada. Flutuante.	Seletivamente prejudicada	Frequentemente prejudicada	Pode ser prejudicada
Alucinações	Comuns (visuais ou auditivas)	Ausentes (exceto em casos graves)	Podem ocorrer em fases moderadas a avançadas	Podem ocorrer
Linguagem	Incoerente, lenta ou rápida	Normal	Dificuldade em encontrar palavras	Normal, lenta ou rápida
Ideias delirantes	Fugazes, pobre sistematização	Ausentes (exceto em casos graves)	Frequentemente ausentes	Sustentadas e sistematizadas

Fonte: elaborado pelos autores. Baseado em FREITAS *et al.*, 2022.

Nos aspectos funcional e comportamental, essa síndrome pode se manifestar com a redução da velocidade de processamento de informação, dificuldade de filtrar essas informações e diminuição da acurácia na realização de tarefas habituais. Quando as alterações cognitivas não resultam em prejuízos à funcionalidade do paciente, não são classificadas como incapacidade cognitiva, mas sim como transtorno cognitivo leve (BEZERRA *et al.*, 2016) (Figura 1). Para detectar possíveis alterações na funcionalidade dos idosos, pode ser utilizado como instrumento de avaliação as escalas de Katz e de Lawton-Brody para verificar o desempenho do indivíduo na realização das ABVD e das AIVD, respectivamente (Quadro 1).

Quanto à avaliação cognitiva, o profissional de saúde pode utilizar alguns instrumentos de rastreio ou para apoiar diagnósticos, como o Miniexame de Estado Mental (MEEM) e o Montreal Cognitive Assessment (MoCA), com a finalidade de uma avaliação neuropsicológica mais completa.

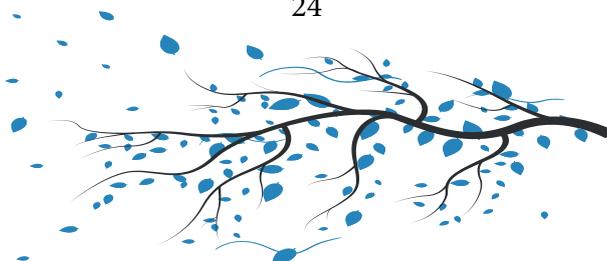
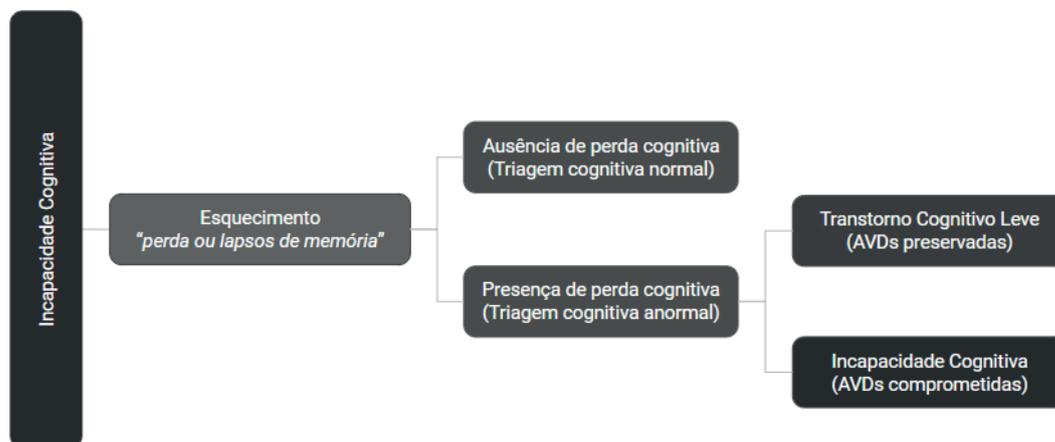


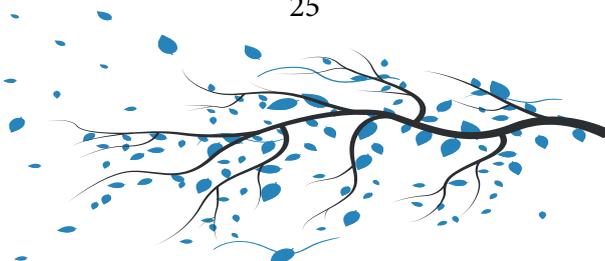
Figura 1. Incapacidade cognitiva e transtorno cognitivo leve.



Fonte: elaborado pelos autores. Baseado em MORAES; MARINO; SANTOS, 2010.

O MEEM é o instrumento mais empregado para o rastreamento de comprometimento cognitivo e das demências. O teste é distribuído em 30 itens, contemplando uma avaliação cognitiva global, sendo agrupadas em 07 categorias, com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal, espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, habilidades de linguagem e praxia construtiva (visuoespaciais). Clinicamente, o exame é empregado para detecção e acompanhamento da evolução das alterações cognitivas, bem como monitoramento da eficácia e efetividade do plano terapêutico (MACUCO et al., 2012; SANTIAGO-BRAVO et al., 2019).

Nos últimos anos, a utilização de outros testes, dentre eles o MoCA, está ganhando credibilidade no sentido de proporcionar maior sensibilidade no que se refere à redução dos vieses educacional e cultural (PINTO et al., 2018). O MoCA destaca-se na identificação do comprometimento cognitivo leve, avaliando vários domínios cognitivos, como: Visuoespacial/Executivo, Nomeação, Memória, Atenção, Linguagem, Abstração, Recordação Atrasada e Orientação (de tempo e espaço) (HOBSON, 2015).

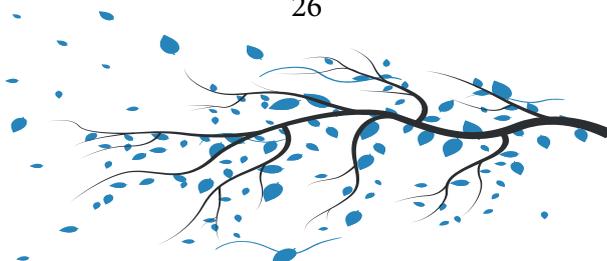


INSTABILIDADE POSTURAL

A instabilidade postural pode ser definida como a incapacidade de integrar as informações sensoriais e determinar as oscilações do corpo na posição ereta durante a manutenção do equilíbrio. Para a manutenção do equilíbrio postural é necessário que o indivíduo planeje e execute movimentos para tal. Isso só é possível a partir da integração das informações sensoriais pelo sistema vestibular, dos receptores visuais e do sistema somatossensorial (MORAES et al., 2019).

Durante o envelhecimento, esses sistemas podem se tornar incapazes de realizar tais funções, acarretando declínio físico no idoso e prejuízo no desempenho das atividades diárias, principalmente as AVDs. Essa limitação funcional, por sua vez, associada à fragilidade e a fatores extrínsecos (p. ex. má iluminação e piso escorregadio) predispõe o idoso a quedas (MORAES et al., 2019).

É de extrema importância que o profissional de saúde se atente e conheça as condições que predisuseram a queda, como ocorreu, se houve sinais e sintomas que a antecederam, bem como a existência de comorbidades, fraturas e se precisou de ajuda para se levantar. Esse evento, responsável pela internação de 138.674 pessoas acima de 60 anos e por 6.942 óbitos registrados pelo SUS em 2022, tem consequências físicas e psicológicas nos idosos, bem como na vida dos familiares (ABREU et al., 2018; “TabNet Win32 3.0: Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas - por local de internação - Brasil”, 2021). Ademais, a queda aumenta o risco de perda de independência e autonomia, eleva o risco de institucionalização, os custos com cuidados à saúde e a demanda por serviços especializados (CRUZ et al., 2012). É importante ressaltar também que os óbitos registrados não ocorrem diretamente pelas quedas, mas estão associados a outros fatores, às consequências do trauma, idade



do indivíduo e comorbidades (FRANCO et al., 2016).

Quanto aos testes que podem ser empregados para avaliar a instabilidade postural e o risco de queda, o mais utilizado é o Timed up and go (TUG) devido a sua maior facilidade de realização quando comparado a outros testes clínicos, como a escala de equilíbrio de Berg e de mobilidade de Tinetti (ALEXANDRE et al., 2012; BRETAN et al., 2013; DIAS et al., 2009; MARQUES-VIEIRA et al., 2018).

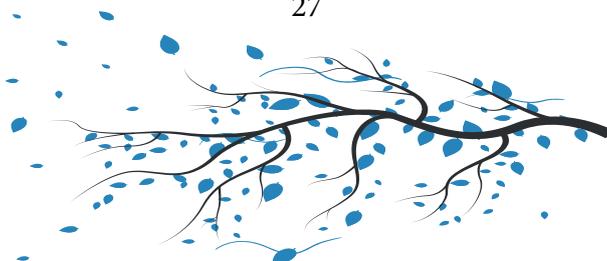
FRAGILIDADE

A fragilidade é uma síndrome clínica de vulnerabilidade aumentada e comprometimento funcional devido a declínios cumulativos nos diversos sistemas. Essa síndrome tem múltiplas causas e fatores contribuintes, podendo ser física, psicológica ou social (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Além disso, a disfunção cognitiva e a diminuição da reserva fisiológica podem ocorrer, levando a uma redução da capacidade de recuperação do idoso em contextos de estresse agudo. Essa diminuição na resposta fisiológica para manter a homeostase na presença de estresse agudo é chamada de homeostenose (SHEGA et al., 2012).

Assim, avaliar a fragilidade é essencial para a identificação dos pacientes mais vulneráveis. Isso pode ser feito segundo alguns critérios, como os estabelecidos pela Escala de Fragilidade Clínica (EFC), desenvolvido pelo Canadian Study of Health and Aging, e segundo o “fenótipo da fragilidade”, desenvolvido por Fried et al.. (STERNBERG et al., 2011).

Na EFC, a fragilidade é analisada a partir de 03 domínios específicos, sendo eles: comorbi-

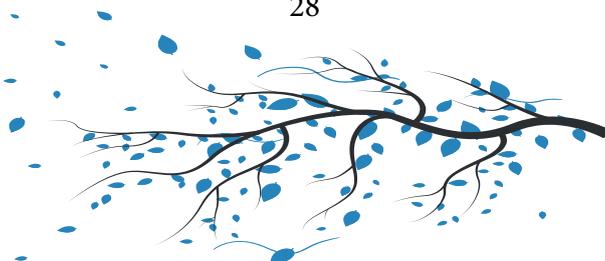


dade, função e cognição. Além disso, por meio dessa escala, pode-se gerar um score de fragilidade, variando de 1 (muito apto) a 9 (doente terminal) (STERNBERG, et al., 2011; CHURCH, et al., 2020).

Quadro 3: dimensões da Escala de Fragilidade Clínica.

Escala de Fragilidade Clínica (EFC)	
Dimensão	Descrição
1. Muito Ativo	Pessoas robustas, ativas, com energia e motivadas. Normalmente realizam atividade física regularmente. Comparado com outras pessoas da sua idade, estão entre as mais ativas.
2. Ativo	Pessoas sem nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativos do que a categoria 1. Se exercitam com frequência ou são muito ativas ocasionalmente.
3. Regular	Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas que não realizam atividade física regularmente.
4. Vulnerável	Pessoas com sintomas que limitam a realização de atividades, apesar de não depender da ajuda de outros indivíduos na sua realização. Podem queixar-se de cansaço e/ou sentimento de lentidão ao longo do dia.
5. Levemente frágil	Apresentam lentidão e precisam de auxílio na realização de AIVD. Frequentemente, a fragilidade leve prejudica a realização de compras, passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas.
6. Moderadamente frágil	Precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Frequentemente precisam de ajudando banho, para se vestirem e podem apresentar dificuldade com escadas.
7. Muito frágil	Completamente dependentes para cuidados pessoais, seja por causas físicas, seja por causas cognitivas. São aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 5 meses).
8. Severamente frágil	Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida. Sem perspectivas de recuperação diante de uma doença leve.
9. Doente terminal	Aproximando-se do fim da vida. Pessoas com expectativa de vida < 6 meses, sem outra evidência de fragilidade.

Fonte: elaborado pelos autores. Baseado em STERNBERG, *et al.*, 2011; CHURCH, *et al.*, 2020.

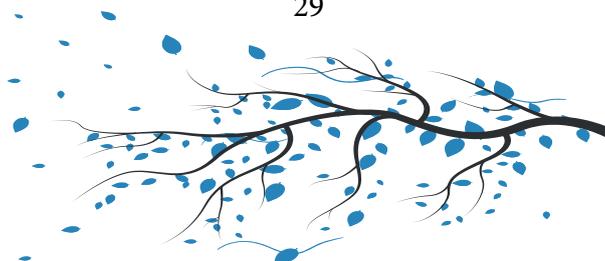


A identificação da fragilidade segundo o “fenótipo da fragilidade”, consiste na avaliação de 05 domínios: perda de peso não intencional, exaustão autorrelatada, diminuição da força de preensão manual, baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade de caminhada (CHURCH et al., 2020; FRIED et al., 2001; STERNBERG et al., 2011). Aqueles idosos que apresentam deficiência em três ou mais domínios são considerados frágeis, enquanto que aqueles que apresentam um ou dois encontram-se no estágio prévio (FORMAN; ALEXANDER, 2016).

O comprometimento da função muscular esquelética promovido pelo processo de envelhecimento e por outros fatores, como a inatividade física, desnutrição e doenças com efeito catabólico também se relaciona com a fragilidade, a instabilidade postural e com as outras síndromes geriátricas (MARTINEZ; CAMELIER; CAMELIER, 2014). A sarcopenia, descrita como uma redução da massa muscular, da força e do desempenho físico relacionados ao envelhecimento, está associada a consequências negativas no paciente geriátrico, tornando-os mais suscetíveis a quedas, limitação para atividades diárias, maior risco de morte e pode influenciar em desfechos negativos durante a hospitalização (CARVALHO et al., 2022; ABREU et al., 2018; MORAES et al., 2019).

IMOBILIDADE

A mobilidade é um conceito associado ao movimento ou deslocamento no espaço, relacionando-se com a independência do indivíduo. A imobilidade, por sua vez, corresponde a uma síndrome geriátrica que acomete indivíduos com enfermidades incapacitantes. Essa síndrome possui causas multifatoriais, dentre elas, as neurológicas, musculoesqueléticas, cardiovasculares, uso de medicamentos e isolamento, e representa causa importante de comprometimento da qualidade de vida.



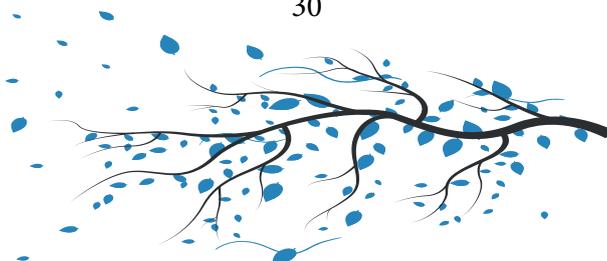
A Síndrome de Imobilidade (SI) é um conjunto de sinais e sintomas físicos e psicológicos que podem ocorrer no idoso dependente ou acamado, devido a diminuição da capacidade funcional e de mobilidade por tempo prolongado, representando o grau máximo de imobilidade (MORALES-CARIÑO et al., 2023).

Como foi mencionado anteriormente, o conceito de saúde da população idosa está intrinsecamente relacionado com a funcionalidade, a qual depende da independência e da autonomia desses indivíduos. As modificações decorrentes do processo de envelhecimento podem comprometer a capacidade funcional do idoso devido ao aumento da rigidez muscular, diminuição da agilidade, da coordenação motora, do equilíbrio e da mobilidade articular. Ademais, o surgimento de doenças predispõe o idoso à imobilidade, instabilidade postural, afetando a locomoção, a realização de atividades diárias e aumentando o risco de quedas (REIS; MARQUES, 2019; PEREIRA, H. C. B. et al., 2017).

A imobilização prolongada leva a deterioração funcional progressiva dos vários sistemas, resultando, em casos graves, na SI. Nos pacientes idosos com SI pode ocorrer piora no Déficit Cognitivo, Delirium, Insuficiência Respiratória, Pneumonia, Trombose Venosa Profunda (TVP), Embolia Pulmonar, Edema Linfático, Desnutrição, Incontinência, Atrofia Muscular, Lesão por pressão, entre outros. Além disso, há influência no estado psíquico do paciente com o desenvolvimento de quadro depressivo, apatia e ansiedade (FIGUEIREDO, 2021).

Quanto aos perfis de risco para o desenvolvimento da SI, destaca-se: suporte familiar precário, mobilidade insuficiente no leito, desnutrição, doenças crônicas, déficit cognitivo e iatrogenia.

A prevenção da imobilidade pode ser norteada a partir da avaliação funcional dos pacientes idosos por meio de instrumentos de avaliação das atividades de vida diária. Os mais utilizados na prática clínica são o Índice de Katz, para avaliação das atividades básicas, e a Escala de Lawton-Brody,



para avaliação das atividades instrumentais.

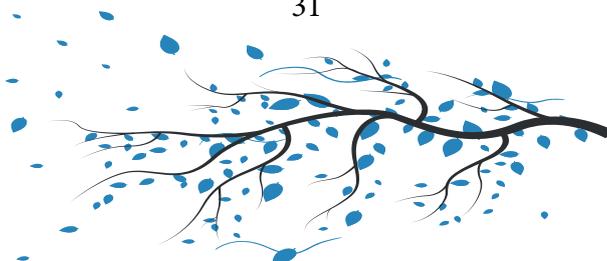
IATROGENIA

A iatrogenia é um termo que descreve as complicações e alterações patológicas não intencionais causadas aos pacientes por ações dos profissionais de saúde (MITTY, 2010; PERMPONGKOSOL, S., 2011). Essas ações podem envolver observação, monitoramento, intervenção terapêutica e inadequada percepção ou utilização da comunicação não-verbal na interação com o paciente. Além disso, a iatrogenia abrange danos físicos, como o uso inadequado de medicamentos e procedimentos cirúrgicos evitáveis, assim como danos psicológicos que podem resultar da interação com toda a equipe de saúde, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e outros profissionais (PADILHA, 2000; TAVARES, 2007).

A iatrogenia pode ser especialmente prejudicial para os pacientes idosos devido às características próprias do envelhecimento, como fragilidade, declínio fisiológico e presença de múltiplas condições crônicas de saúde. Esses fatores tornam os idosos mais suscetíveis a complicações e danos decorrentes de intervenções médicas. A falta de conhecimento sobre as alterações fisiológicas e particularidades desse grupo contribui para a ocorrência de iatrogenias, incluindo reações adversas a medicamentos, intervenções não medicamentosas, risco de polipatologia e polifarmácia (DIAS et al., 2020). Ademais, a visão fragmentada sobre a saúde desses indivíduos é uma das principais causas da síndrome em questão (DIAS et al., 2020).

A iatrogenia resulta da presença de uma ou mais das seguintes situações:

1. Iatrofarmacogenia: relacionada com o uso de medicamentos, polifarmácia, interação me-



dicamentosa e do desconhecimento da farmacocinética e farmacodinâmica associadas ao envelhecimento;

2. Internação hospitalar: pode potencializar o risco de declínio funcional e outras complicações relacionadas à imobilidade;

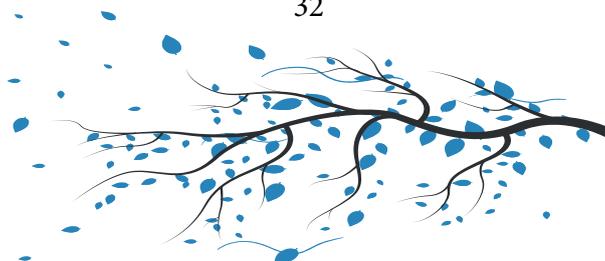
3. Iatrogenia da palavra: relacionado com o desconhecimento de técnicas de comunicação de más notícias;

4. Iatrogenia do silêncio: decorrente da dificuldade de ouvir adequadamente o paciente e sua família;

5. Subdiagnóstico: relacionado com o desconhecimento das manifestações próprias da senilidade e da senescência; atribuição às queixas apresentadas pelo idoso ao fenômeno “da idade”/ envelhecimento;

6. Cascata propedêutica: solicitação de exames de maneira desproporcional ao prognóstico e a fase do adoecimento do paciente.

Faz-se necessário pontuar também que a prestação de um serviço de qualidade está relacionado com as condições de trabalho e formação dos profissionais da saúde. Todo profissional está suscetível à tomada de decisões equivocadas, seja pela exaustão decorrente da elevada carga-horária de trabalho, por lacunas de conhecimento, estresse, imprudências ou outras causas. A iatrogenia pode ser utilizada como indicador de qualidade do serviço de saúde, sendo necessário a notificação desses eventos e o investimento na educação continuada para a equipe a fim de diminuir a frequência desses eventos (ONDER et al., 2013).



INCONTINÊNCIA

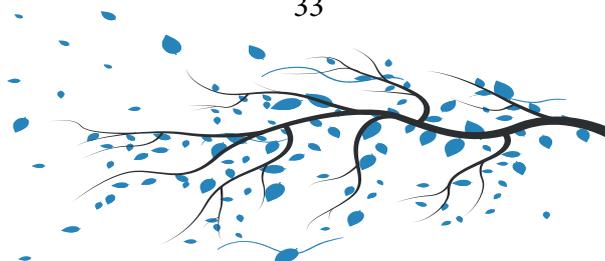
A Incontinência Urinária (IU) é considerada um distúrbio do trato urinário inferior e é caracterizada pela perda involuntária de urina. Essa síndrome afeta homens e mulheres em diferentes faixas etárias, com aumento da prevalência com o aumento da idade. Dessa forma, o avanço da idade é considerado um forte preditor de IU (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Quanto à qualidade de vida dos indivíduos acometidos por essa síndrome, a IU impacta negativamente a qualidade de vida das pessoas devido à insegurança provocada e a vergonha de frequentar lugares públicos, podendo interferir também na relação do idoso com seus familiares, amigos e grupos sociais. Além disso, o aumento da frequência urinária noturna ocasionado pela IU é responsável pelo distúrbio do sono nos pacientes idosos e pelo aumento do risco de quedas (PAIVA; RODRIGUES; BESSEL, 2019).

Apesar de afetar ambos os sexos, foi observada uma alta prevalência da IU em idosas com idade superior a 70 anos. Além disso, foi observado no estudo de Paiva et al. a maior prevalência da Incontinência Urinária Mista, bem como a relação da IU com a depressão, Índice de Massa Corpórea elevado e determinadas doenças cardiovasculares, como hipertensão e diabetes (PAIVA; RODRIGUES; BESSEL, 2019).

INCAPACIDADE COMUNICATIVA E INSUFICIÊNCIA FAMILIAR

As diversas modificações sociodemográficas e culturais repercutiram na configuração das famílias, assim como no cuidado e no acolhimento dos indivíduos idosos. Dentre as modificações,

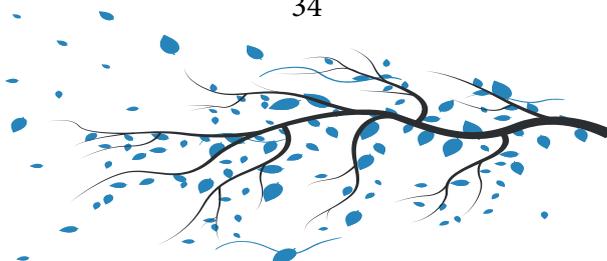


pode-se citar o aumento da longevidade citado anteriormente, a redução da taxa de fecundidade, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, a valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais (SOUZA et al., 2015).

A comunicação, bem como a família como instituição social, são importantes dimensões que devem ser analisadas durante a avaliação do paciente geriátrico (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A possibilidade de estabelecer conexões, relacionamentos, manifestar desejos, ideias, sentimentos está intimamente relacionada com o ato de se comunicar. A incapacidade comunicativa pode ser considerada, por sua vez, como uma importante causa de perda ou restrição da participação social, sendo essencial na avaliação da funcionalidade do idoso. Problemas de comunicação resultam, portanto, na perda de independência e geram sentimento de desconexão com o mundo. Esses problemas no paciente podem ser avaliados pelo clínico a partir de 5 áreas distintas que compreendem a habilidade comunicativa: linguagem, audição, motricidade oral, voz e visão (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A família constitui um espaço de proteção social, solidariedade, de reprodução social e de cuidados mútuos entre os membros. Nessa perspectiva, a família desempenha papel principal na rede de cuidado dos idosos frágeis, sendo a dimensão sociofamiliar fundamental na avaliação multidimensional desses indivíduos. A síndrome da insuficiência familiar, por sua vez, é definida como “perda da capacidade da família de prover os cuidados, dar apoio e suporte ao idoso por ausência de família ou por falta de condições”. A insuficiência familiar torna o idoso exposto a situações de morbidade, o que pode prejudicar as condições de vida desse indivíduo e levá-lo à institucionalização e separação de seus familiares (SETOGUCHI et al., 2022; SOUZA et al., 2015).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do envelhecimento da população e aumento da expectativa de vida, faz-se necessário que os profissionais de saúde desenvolvam um olhar geriátrico, ou seja, conheçam as particularidades da pessoa idosa, uma vez que é essa população que mais acessa o sistema de saúde.

De início, saber que os 7 “Is” da geriatria abarcam um grupo de condições clínicas de grande recorrência nos consultórios geriátricos é de suma importância. As Síndromes geriátricas afetam diretamente a independência, a autonomia e a funcionalidade da pessoa idosa, piorando tanto a qualidade de vida quanto o prognóstico dos pacientes sendo motivo de encaminhamento. À vista disso, devem ser investigadas ativamente durante a consulta.

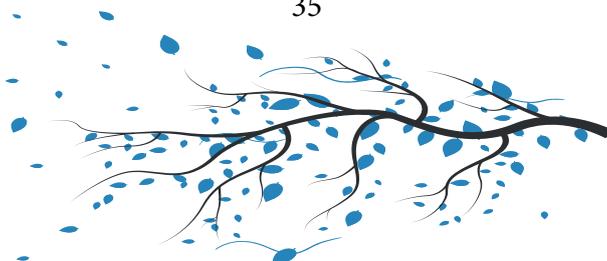
REFERÊNCIAS

ABREU, D. R. DE O. M. et al. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1131–1141, abr. 2018.

ALEXANDRE, T. S. et al. Accuracy of Timed Up and Go Test for screening risk of falls among community-dwelling elderly. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v. 16, n. 5, p. 381–388, out. 2012.

BARBOSA-SILVA, T. G. et al. Enhancing SARC-F: Improving Sarcopenia Screening in the Clinical Practice. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 17, n. 12, p. 1136–1141, 1 dez. 2016.

BEZERRA, P. K. et al. Déficit Cognitivo: Proposição de Cartilha para Atenção ao Idoso. *Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde*, v. 3, n. 1, p. 1–10, 27 jun. 2016.



BRASIL. Câmara dos Deputados. Número de geriatras não acompanha envelhecimento da população - Agência Câmara de Notícias. Brasília: Brasil, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. “Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas - por local de internação - Brasil”. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sih/cnv/fiuf.def>>. Acesso em: 21/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.

BRETAN, O. et al. Risk of falling among elderly persons living in the community: assessment by the Timed up and go test. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 79, n. 1, p. 18–21, jan. 2013.

CARVALHO, L. J. A. R. DE et al. Fragilidade Clínico-Funcional e Sarcopenia em Idosos na Atenção Primária à Saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 27, 2022.

CHURCH, S. et al. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatrics*, v. 20, n. 01, 07 out. 2020.

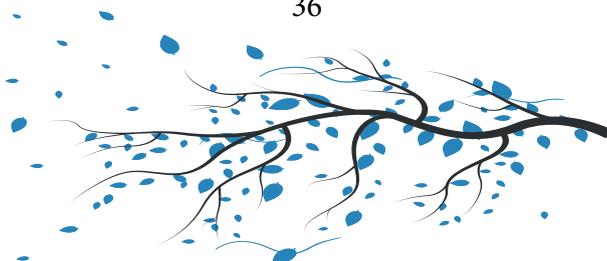
CORTEZ, A. C. L. et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enfermagem Brasil*, v. 18, n. 5, p. 700, 08 nov. 2019.

CRUZ, D. T. DA et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 138–146, fev. 2012.

DE MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. Use of the Mini-Mental State Examination in research on the elderly in Brazil: a systematic review. *Ciência & saúde coletiva*, v. 20, n. 12, p. 3865–76, 2015.

DIAS, B. B. et al. Aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio de idosos em diferentes fases do envelhecimento. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 6, n. 2, 2009.

DIAS, D. et al. Ocorrência e Riscos de Iatrogenia em Idosos: uma revisão integrativa. n. v12n3, p. 1–12, 1 jan. 2020.



DIAS, D. et al. Ocorrência e Riscos de Iatrogenia em Idosos: uma revisão integrativa. *Revista CPA-QV*, v. 12, n. 3, p. 1–12, 2020.

FIGUEIREDO, M. DO C. C. M. Instrumento para avaliação da mobilidade e síndrome da imobilidade no idoso. Dissertação de Mestrado em Gerontologia—Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia: [s.n.].

FORMAN, D. E.; ALEXANDER, K. P. Frailty: A Vital Sign for Older Adults With Cardiovascular Disease. *Canadian Journal of Cardiology*, v. 32, n. 9, p. 1082–1087, set. 2016.

FRANCO, L. G. et al. Fatores associados à mortalidade em idosos hospitalizados por fraturas de fêmur. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 51, n. 5, p. 509–514, set. 2016.

FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2022.

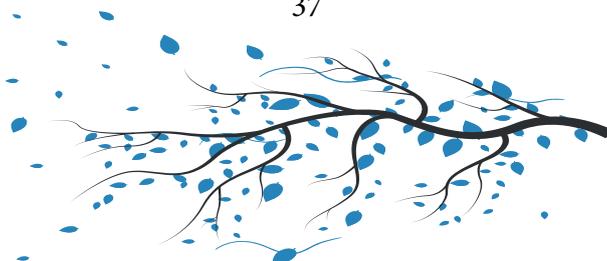
FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, v. 56, n. 3, p. M146-56, 2001.

GOMES, G. C. et al. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1035–1046, mar. 2021.

GUIDES, A. C. N. DE S. O Idadismo sob a escuta dos idosos: efeitos de sentidos e a utopia de um novo envelhecer. Dissertação de Mestrado em Gerontologia—Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP): [s.n.].

HOBSON, J. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Occupational Medicine*, v. 65, n. 9, p. 764–765, dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. “População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021”. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>>. Acesso em: 25/05/2023.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2012 - 2021) - PNAD Contínua Anual. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pnadca/tabelas>>. Acesso em: 25/05/2023.

MACUCO, C. R. M. et al. Mini-Mental State Examination performance in frail, pre-frail, and non-frail community dwelling older adults in Ermelino Matarazzo, São Paulo, Brazil. *International Psychogeriatrics*, v. 24, n. 11, p. 1725–1731, 1 jun. 2012.

MARQUES-VIEIRA, C. M. A. et al. Validation of the Falls Efficacy Scale – International in a sample of Portuguese elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. suppl 2, p. 747–754, 2018.

MARTINEZ, B. et al. Accuracy of the Timed Up and Go test for predicting sarcopenia in elderly hospitalized patients. *Clinics*, v. 70, n. 5, p. 369–372, 2015.

MARTINEZ, B. P.; CAMELIER, F. W. R.; CAMELIER, A. A. Sarcopenia em Idosos: um estudo de revisão. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 4, n. 1, p. 62, 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; DA SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 03, p. 507–519, 2016.

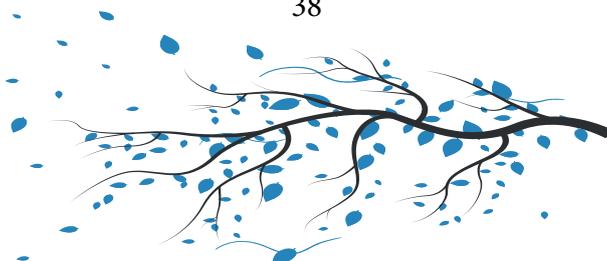
MITTY, E. Iatrogenesis, Frailty, and Geriatric Syndromes. *Geriatric Nursing*, v. 31, n. 5, p. 368–374, set. 2010.

MORAES, D. C. et al. Postural instability and the condition of physical frailty in the elderly. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 27, p. e3146, 2019.

MORAES, E. N. de; MARINO, M. C. de A.; SANTOS, R. Main geriatric syndromes Principais síndromes geriátricas. *Revista Med. Minas Gerais*, v. 20 (1), p. 54-66, 2010.

MOTA, J. P. et al. Fragilidade, Sarcopenia e Características Sociodemográficas de Idosos Longevos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 25, n. 3, 4 set. 2021.

ONDER, G. et al. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. *Age and*



Ageing, v. 42, n. 3, p. 284–291, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Relatório mundial sobre idadismo. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.37774/9789275724453>>.

PADILHA, K. G. Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 35, n. 3, p. 287–290, set. 2001.

PAIVA, L. L.; RODRIGUES, M. P.; BESSEL, T. Prevalência de Incontinência Urinária em Idosos no Brasil nos Últimos 10 Anos: uma Revisão Sistemática. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, v. 24, edição especial, 2019.

PEREIRA, H. C. B. et al. Intervenção fisioterapêutica na Síndrome da Imobilidade em pessoas idosas: revisão sistematizada. ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION, v. 6, n. 11, 14 dez. 2017.

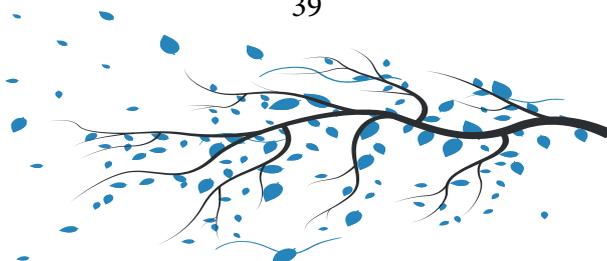
PERMPONGKOSOL, S. Iatrogenic disease in the elderly: risk factors, consequences, and prevention. Clinical Interventions in Aging, p. 77, mar. 2011.

PINTO, T. C. C. et al. Influence of Age and Education on the Performance of Elderly in the Brazilian Version of the Montreal Cognitive Assessment Battery. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, v. 45, n. 5-6, p. 290–299, 2018.

RAMOS, T. DA S. Depressão e Demência no Idoso: diagnóstico diferencial e correlações. Dissertação de Mestrado (Medicina)—Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: [s.n.].

REIS, K.; MARQUES, M. Impactos Morfofuncionais da Imobilidade Prolongada na Terceira Idade. Revista UNINGÁ, v. 56, n. S4, p. 77–92, 5 abr. 2019.

REUBEN, D. B.; LALIBERTI, L.; HIRIS, J.; MOR, V. A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. Journal of the American Geriatrics Society, 38(8), 855-861, 1990.



SANTIAGO-BRAVO, G. et al. Dementia screening in Brazil: a systematic review of normative data for the mini-mental state examination. *Clinics*, v. 74, 2019.

SETOGUCHI, L. S. et al. Insuficiência familiar e a condição e os marcadores de fragilidade física de idosos em assistência ambulatorial. *Escola Anna Nery*, v. 26, 2022.

SHEGA, J. W. et al. Persistent pain and frailty: a case for homeostenosis. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 60, n. 1, p. 113–117, 1 jan. 2012.

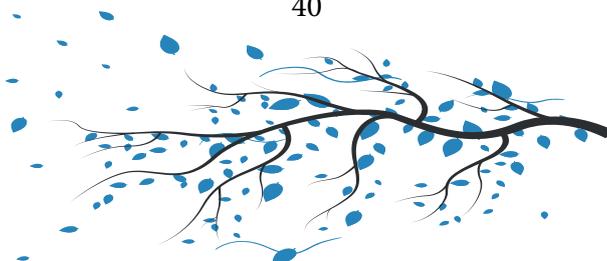
SOUZA, A. DE et al. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 6, p. 1176–1185, dez. 2015.

STERNBERG, S. A. et al. The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 59, n. 11, p. 2129–2138, 21 set. 2011.

TAVARES, F. DE M. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 2, p. 180–185, ago. 2007.

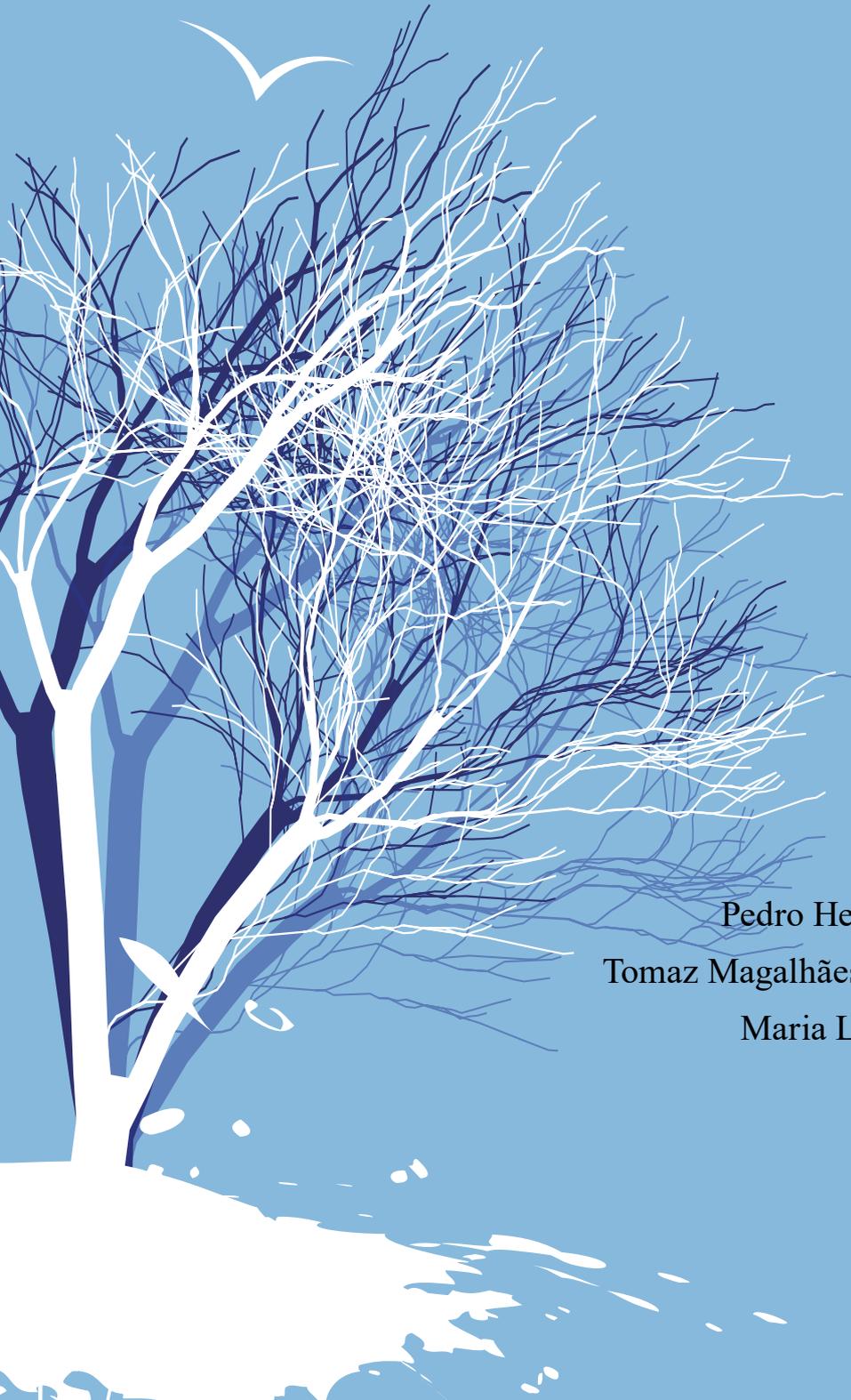
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

SOUTO, J. F.; RIBEIRO, P. C. C.; SOUZA, L. F. DE. Atividades avançadas de vida diária: Revisão de uma medida da capacidade funcional do idoso. *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 20, n. 3, p. 407–425, 30 set. 2017.



Capítulo 2

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA E PARTICULARIDADES NA ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO IDOSO



Pedro Henrique Drummond dos Santos
Tomaz Magalhães Vasconcelos de Albuquerque
Maria Luiza Vasconcelos Montenegro
Clarice Câmara Correia

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

O aumento da expectativa de vida trouxe como consequência a multimorbidade e a incapacidade. Apesar de não exclusiva da velhice, devido ao comum envelhecimento patológico, apresenta um aumento substancial com o passar da idade. Tais indivíduos são de grande complexidade e vulnerabilidade, pois além dos acometimentos físicos, são assolados por dificuldades e complicações psicossociais, manifestações atípicas e afins.

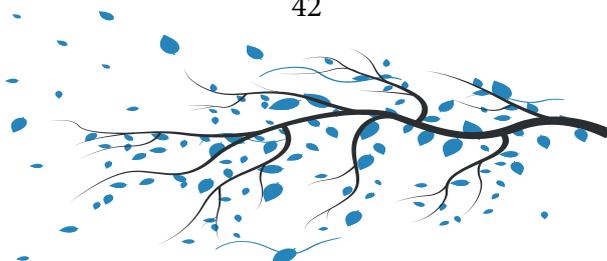
Para tanto, a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) surge como resposta a essa complexidade, no qual pode ser definida como o processo diagnóstico multidimensional que tem como meta determinar as condições médicas, funcionais e psicossociais do idoso e como objetivo desenvolver um plano global de tratamento e acompanhamento a médio e longo prazos e diferencia-se do atendimento habitual por priorizar o estado funcional e a qualidade de vida (SATTAR et al., 2014)

Utiliza-se de instrumentos como testes, índices e tabelas para avaliar os domínios físico, mental, social, funcional e ambiental que influenciam na vida do idoso avaliado.

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO, MOBILIDADE E RISCO DE QUEDAS

O envelhecimento cursa com alterações importantes no sistema locomotor, tornando essencial a avaliação do equilíbrio e marcha no idoso avaliado. Inicialmente, deve-se realizar uma avaliação neurológica básica, com a pesquisa, inclusive, do sinal de Romberg, seguida de testes que avaliarão essas capacidades importantes para uma vida independente.

O primeiro a ser destacado é o “Get up and Go” que também pode ser cronometrado. Para realizá-lo, o paciente deve levantar-se de uma cadeira reta e com encosto, caminhar três metros, e voltar, após girar 180° graus, para o mesmo local e sentar-se. Com isso, é possível avaliar o equilíbrio sentado, durante a marcha e transferência. Segue-se a seguinte interpretação: (1) normalidade; (2) anormalidade leve; (3) anormalidade média; (4) anormalidade moderada; (5) anormalidade grave. Se



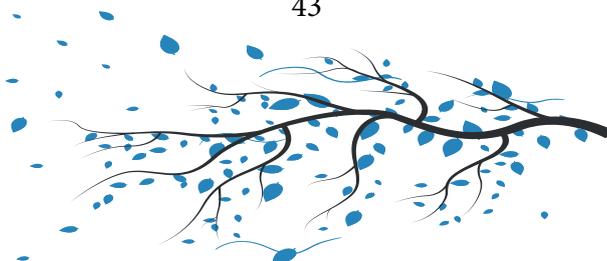
>3, apresenta elevado risco de queda (MATHIAS et al., 1986).

Caso cronometrado, mede-se o tempo de realização da tarefa, em que: menor ou igual a 10 s - independente, sem alterações; entre 11 e 20 s - independente em transferências básicas, baixo risco de quedas; maior ou igual a 20 s - dependente em várias atividades de vida diária e na mobilidade, alto risco de quedas (SCHOENE et al., 2013).

O segundo em destaque é o Teste de Equilíbrio e Marcha que é realizado, principalmente, pela aplicação da escala de Tinetti (Tabela 1) na qual o paciente deve estar sentado em uma cadeira sem braços. Quanto menor o escore, maior é o risco de queda do indivíduo analisado; escore < 19 pontos: alto risco de quedas; 19 a 23 pontos, moderado risco de quedas; escore > 23, baixo risco de quedas (TINETTI et al., 1986).

Tabela 1a: Avaliação do equilíbrio

1. Equilíbrio sentado	Escorrega	0 ()
	Equilibrado	1 ()
2. Levantando	Incapaz	0 ()
	Usa os Braços	1 ()
	Sem os braços	2 ()
3. Tentativas de levantar	Incapaz	0 ()
	Mais de uma	1 ()
	Única	2 ()
4. Assim que levanta (primeiros 5 s)	Desequilibrado	0 ()
	Estável, mas usa suporte	1 ()
	Estável sem suporte	2 ()
5. Equilíbrio em pé	Desequilibrado	0 ()
	Suporte ou base de sustentação > 12 cm	1 ()
	Sem suporte e base estreita	2 ()



6. Teste dos 3 tempos (examinador empurra levemente o esterno do paciente, que deve ficar de pés juntos)	Começa a cair	0 ()
	Agarra ou balança (braços)	1 ()
	Equilibrado	2 ()
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)	Desequilibrado, instável	0 ()
	Equilibrado	1 ()
8. Girando 360°	Passos descontínuos	0 ()
	Passos contínuos	1 ()
	Instável (desequilíbrios)	0 ()
	Estável (equilibrado)	1 ()
9. Sentado	Inseguro (erra distância, cai na cadeira)	0 ()
	Usa os braços ou movimentação abrupta	1 ()
	Seguro, movimentação suave	2 ()
ESCORE DE EQUILÍBRIO		/16

FONTE: FREITAS, Elizabete Viana de; COSTA, Elisa Franco de Assis; GALERA, Siulmara Cristina. Avaliação Geriátrica Ampla: 15. *In:* FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 415 - 454.

Tabela 1b: Avaliação da marcha

1. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas	
	Sem hesitação	

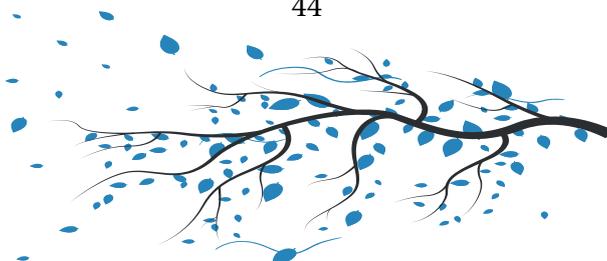
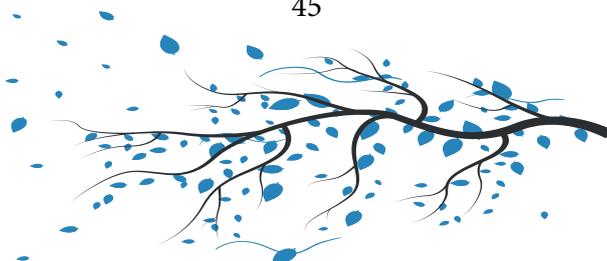


Tabela 1b: Avaliação da marcha

1. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas Sem hesitação	
2. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito - Não ultrapassa esquerdo - Ultrapassa esquerdo - Não sai completamente do chão - Sai completamente do chão b) Pé Esquerdo - Não ultrapassa o direito - Ultrapassa o esquerdo - Não sai completamente do chão - Sai completamente do chão	0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 () 0 () 1 ()
3. Simetria dos passos	Diferentes Semelhantes	0 () 1 ()
4. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos Passos contínuos	0 () 1 ()
5. Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio	0 () 1 () 2 ()
6. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso, ou abertura dos braços enquanto anda Sem flexão, balanço, não usa braços, nem apoios	0 () 1 () 2 ()
7. Distância dos Tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 () 1 ()



FONTE: FREITAS, Elizabete Viana de; COSTA, Elisa Franco de Assis; GALERA, Siulmara Cristina. Avaliação Geriátrica Ampla: 15. *In:* FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 415 – 454

Também é de extrema valia o rastreamento de sarcopenia em idosos com risco de quedas, o qual é feito por meio da aplicação do SARC-F, um questionário de cinco itens, de fácil aplicação, que é autorrelatado pelos pacientes. Somado a isso realiza-se também a análise de mais 3 fatores: (FREITAS *et al.*, 2022).

1. VELOCIDADE DE MARCHA

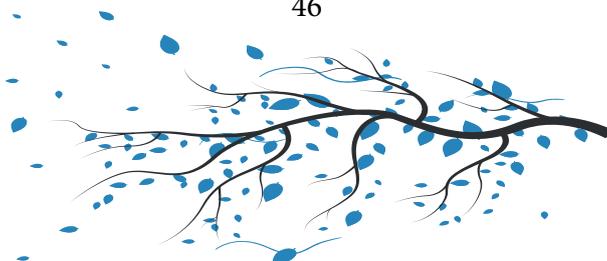
É medida pelo tempo, em segundos e milésimos de segundo, que o indivíduo leva para percorrer 4 metros. O cálculo é feito pela média de três tentativas (normal $> 0,8$ m/s) e avalia o desempenho muscular (FREITAS *et al.*, 2022).

2. CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA

É a medida antropométrica mais sensível e mais utilizada para avaliação da massa muscular em idosos (normal ≥ 31 cm) (FREITAS *et al.*, 2022).

3. FORÇA DE PREENSÃO PALMAR

Está relacionada à força total do corpo. A técnica mais comum de aferição utiliza um dina-

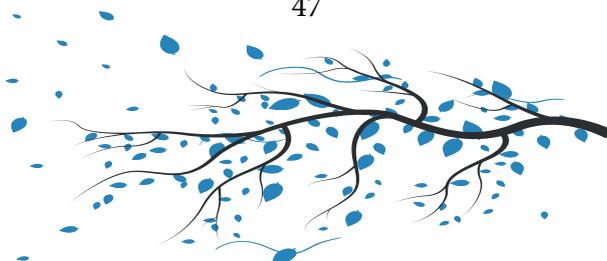


mômetro manual, em que é realizada com o indivíduo sentado com ombro aduzido e neutramente rodado, cotovelo flexionado a 90°, antebraço em posição neutra e o punho entre 0° e 30° de extensão e 0° a 15° de desvio ulnar. O resultado é a média de três medidas realizadas no membro dominante com intervalo de 60 segundos entre cada medida (FREITAS et al., 2022).

AVALIAÇÃO COGNITIVA E EMOCIONAL

A capacidade de cognição é aquela relativa ao adquirir do conhecimento, na qual pode está relacionada à memória, atenção, raciocínio, juízo e linguagem. Sua perda impacta diretamente na autonomia do indivíduo, além da progressiva dependência. Para tanto, é necessário avaliar a função cognitiva, além das condições emocionais do idoso (BERTOLLUCCI et al., 1994).

Um dos testes mais utilizados é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Tabela 2) (FOLSTEIN et al., 1975; BERTOLLUCCI et al., 1994; BRUCKI et al., 2003) o qual demonstrou-se um simples e rápido instrumento para a avaliação dos principais aspectos cognitivos do idoso. Além dele, é capaz de lançar mão do Teste de Fluência Verbal na qual pede-se para o paciente relatar o maior número de objetos de uma categoria semântica (frutas, animais) ou fonêmica (palavras iniciadas com mesma letra) em um minuto. A partir disso pode-se analisar a linguagem e memória semântica do indivíduo. Como é imensamente influenciado pela escolaridade, a interpretação também é baseada em anos de estudo, na qual tem-se como normal: >8 se indivíduo com escolaridade <8 anos; >12 se indivíduo com 8+ anos de escolaridade. Deve-se atentar para excluir repetições ou oposições regulares de gênero. Como alternativa para indivíduos de alta escolaridade e leve queixa de déficit cognitivo, pode-se utilizar também o MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA).

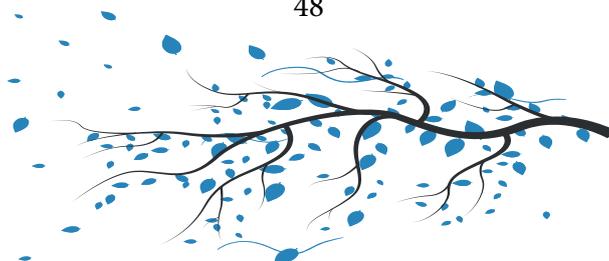


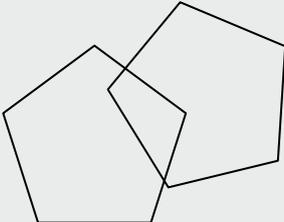
Ainda avaliando a cognição, é possível realizar o Teste do relógio, um teste simples que o permite avaliar compreensão verbal, memória, habilidades visuoespaciais, entre outros. Entregue-se uma folha em branco e um lápis, em seguida pede-se para desenhar um relógio em um horário específico (Ex. 1:45) e, a partir disso, analisa-se de acordo com os critérios de Sunderland (Tabela 3) o escore do indivíduo. Para interpretação, ainda não há uma padronização do “corte”, e recomenda-se realizar esse teste apenas em pessoas com 4 anos ou mais de escolaridade (SUNDERLAND et al., 1989).

A fim de rastrear questões emocionais, utiliza-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), na qual, por meio de perguntas pré determinadas, o permite avaliar a possibilidade daquele idoso ser portador de síndromes depressivas. Vale ressaltar que a GDS não é um método diagnóstico e consegue também analisar manifestações atípicas, típicas da faixa etária. A original é composta por 30 perguntas (GDS-30), mas há outras versões como a GDS-15 (Tabela 4) e a GDS-5. (Yesavage; Brink, 1983; Almeida; Almeida, 1999a; Almeida; Almeida, 1999b)

Tabela 2: MEEM

Orientação temporal (Qual é o...?)	Ano	5 pontos
	Mês	
	Dia do mês	
	Dia da semana	
	Hora	



Orientação espacial (Onde estamos?)	Local específico	5 pontos
	Local Genérico	
	Bairro ou Rua Próxima	
	Cidade	
	Estado	
Memória Imediata	Pedir para o paciente repetir: “Carro, vaso, tijolo” Se ele não conseguir, ensinar até aprender, no máximo até 6 vezes	3 pontos
Atenção e cálculo	Pedir para o paciente diminuir 7 de 100 (5 vezes sucessivas) Alternativa: soletrar a palavra “mundo” na ordem inversa	5 pontos
Memória de evocação	Repetir os 3 objetos nomeados antes	3 pontos
	Mostrar um relógio e uma caneta, pedir para nomear	2 pontos
	Pedir para repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”	1 ponto
Linguagem	Seguir o comando de 3 estágios: "Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque-o no chão"	3 pontos
	Ler e executar a ordem: “Feche os olhos”	1 ponto
	Escrever uma frase	1 ponto
	Copiar o desenho: 	1 ponto

Interpretação: pontuação mínima de acordo com a escolaridade: analfabetos – 20 pontos; 1 a 4 anos de estudo – 25 pontos; 5 a 8 anos de estudo – 26 pontos; 9 a 11 anos de estudo – 28 pontos; superior a 11 anos de estudo: 29 pontos. (Fonte: Folstein *et al.*, 1975; modificada por Bertolucci *et al.*, 1994 e Brucki *et al.*, 2003)

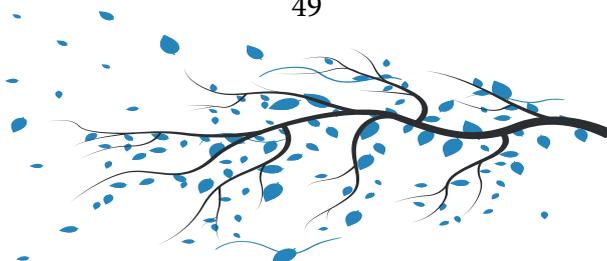


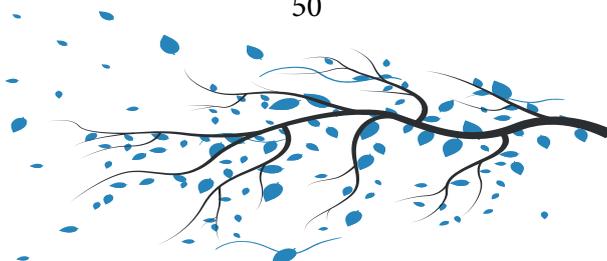
Tabela 3: Teste do Relógio - Critérios de Sunderland

Avaliação: 10 a 6 – desenho do relógio e números corretos
10. Ponteiros estão na posição correta
9. Leve distúrbio nos ponteiros
8. Distúrbios mais intensos nos ponteiros
7. Ponteiros completamente errados
6. Uso inapropriado dos ponteiros (uso de mostrador digital ou circulando números, apesar de repetidas instruções)
Avaliação: 5 a 1 – desenho do relógio e números incorretos
5. Números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio. Ponteiros presentes de alguma forma.
4. Distorção da sequência numérica, números faltando ou colocados fora dos limites relógio
3. Números e mostrador não correlacionados. Ausência de ponteiros
2. Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas desenho apresenta vaga semelhança com um relógio
1. Não tentou não conseguiu representar um relógio

Fonte: Sunderland et al., (1989).

Tabela 4: GDS-15

Perguntas	Sim	Não
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	1	0
3. Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4. Você se aborrece com frequência?	1	0
5. Você sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	1	0



7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13. Você se sente cheio de energia?	0	1
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0
Total	/pontos	

Interpretação: > 5 pontos, sugestiva de depressão. Nota: as indicações 10, 4 e 1 que aparecem ao lado das questões indicam os itens incluídos na GDS-10 (10 itens), GDS-4 (4 itens) e GDS-1 (1 item). (Fonte: Yesavage; Brink, 1983; Almeida; Almeida, 1999a,b.)

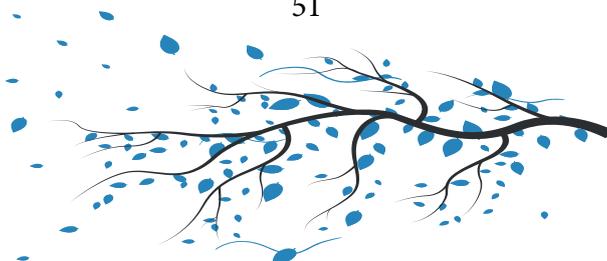


Figura 1: MoCA Test

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA)
Versão Experimental Brasileira

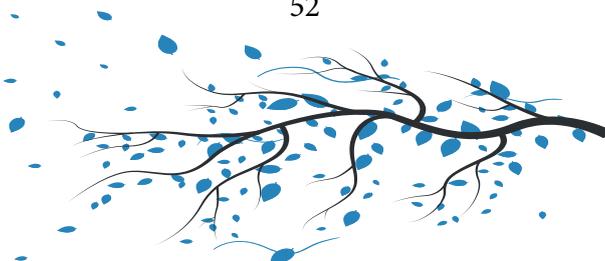
Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____ Data de avaliação: ____/____/____
Sexo: _____ Idade: _____

Visuoespacial/executiva Copiar o cubo		Desenhar um relógio (11 h 10 min) (3 pontos)	Pontos ____/5
Nomeação 			____/3
Memória Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las, faça duas tentativas. Evocar após 5 minutos.	Rosto Veludo Igreja Margarida Vermelho 1ª tentativa 2ª tentativa	Sem pontuação	
Atenção Leia a sequência de números (1 número por segundo). O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta. <input type="checkbox"/> 7 4 2			____/2
Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. <input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B			____/1
Subtração de 7 começando pelo 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 65 4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas: 2 pontos; 1 correta: 1 ponto; 0 corretas: 0 ponto			____/3
Linguagem Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. <input type="checkbox"/> O gato sempre se esconde embaixo do sofá quando o cachorro está na sala. <input type="checkbox"/>			____/2
Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). <input type="checkbox"/> _____ (N \geq 11 palavras)			____/1
Abstração Semelhança, p. ex., entre banana e laranja = fruta. <input type="checkbox"/> Trem-bicicleta <input type="checkbox"/> Relógio-nêgua			____/2
Evocação tardia Deve recordar as palavras sem pistas: Rosto Veludo Igreja Margarida Vermelho		Pontuação apenas para evocação sem pistas	____/5
Opcional Pista de categoria Pista de múltipla escolha			
Orientação <input type="checkbox"/> Dia do mês <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Dia da semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Cidade			____/6
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmiento, Paulo Henrique Ferreira Bertolucci, José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)		Total Adicionar 1 pt se \leq 12 anos de escolaridade	____/30

Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Folha de pontuação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA). (Adaptada da versão experimental brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmiento, Paulo Henrique Ferreira Bertolucci, José Roberto Wajman.)

AVALIAÇÃO AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA (AVD, AIVD)

A capacidade funcional é definida como a aptidão do idoso de realizar determinadas tarefas

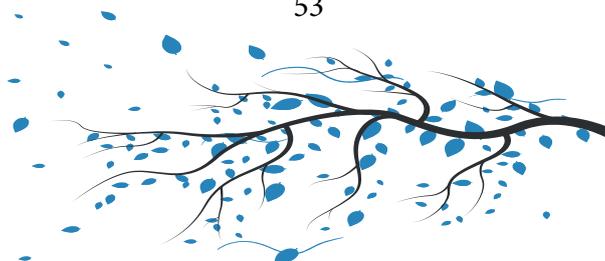


que o permitam cuidar de si mesmo e ter uma vida independente. Para tal, analisamos as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) que são aquelas que se referem ao auto cuidado (tomar banho, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência, capacidade de alimentar-se e deambular) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), os quais permitem ao idoso executar atividades rotineiras no dia a dia o fornecendo independência (arrumar a casa, telefonar, viajar, fazer compras, preparar os alimentos, controlar e tomar os remédios e administrar as finanças) (FREITAS et al., 2022).

Para a análise dessas atividades, são utilizadas escalas e índices baseados nas informações fornecidas pelo paciente e cuidadores. As escalas mais utilizadas para ABVD são a Escala de Katz (Tabela 5) e o Índice de Barthel. A primeira apresenta adaptação transcultural no Brasil e é baseada na conclusão de que a perda funcional acontece de maneira gradual, seguindo um padrão de declínio, na qual 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. Para a análise da AIVD, os instrumentos mais utilizados são a Escala de Lawton (Tabela 6) e o Questionário Pfeffer (FREITAS et al., 2022).

Tabela 5: Escala de Katz

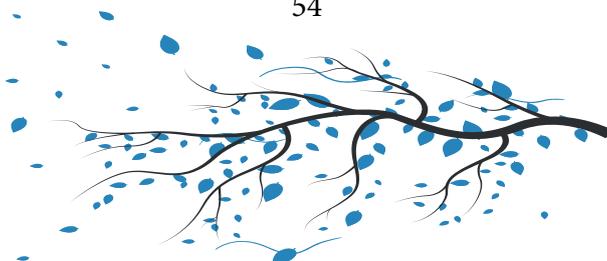
<p>1. Tomar banho</p> <p>() Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). (I)</p> <p>() Recebe ajuda para lavar apenas parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). (I)</p> <p>() Recebe ajuda para lavar mais uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho. (D)</p>
<p>2. Vestir-se</p> <p>() Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. (I)</p> <p>() Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. (I)</p>



<input type="checkbox"/> Recebe ajuda para pegar roupas, vestir-se, ou permanecer completamente sem roupa. (D)
<p>3. Uso do vaso sanitário</p> <input type="checkbox"/> Vai ao banheiro ou lugar equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas pode usar comadre urinol à noite, esvaziando-o de manhã). (I)
<input type="checkbox"/> Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para se limpar ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre urinol à noite. (D)
<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminação fisiológica. (D)
<p>4. Transferências</p> <input type="checkbox"/> Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio com bengala, andador). (I)
<input type="checkbox"/> Deita-se e sai da cama e/ausenta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. (D)
<input type="checkbox"/> Não sai da cama. (D)
<p>5. Continência</p> <input type="checkbox"/> Controla inteiramente a micção ou evacuação. (I)
<input type="checkbox"/> Tem “acidentes” ocasionais. (D)
<input type="checkbox"/> Necessidade ajuda para manter controlada micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente. (D)
<p>6. Alimentação</p> <input type="checkbox"/> Alimenta-se sem ajuda. (I)
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. (I)
<input type="checkbox"/> Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos. (D)

FONTE: FREITAS, Elizabete Viana de; COSTA, Elisa Franco de Assis; GALERA, Siulmara Cristina. Avaliação Geriátrica Ampla: 15. *In:* FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 707 - 739.

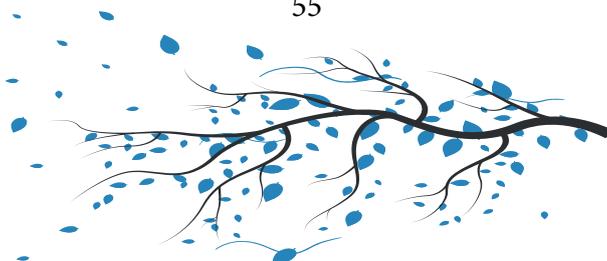
Interpretação: para cada área de funcionamento listada a seguir, assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal): I – independente; D – dependente. Interpretação: 0 – independente em todas as seis funções; 1 – independente em cinco funções e dependente em uma função; 2 – independente em quatro funções e dependente em duas



funções; 3 – independente em três funções e dependente em três funções; 4 – independente em duas funções e dependente em quatro funções; 5 – independente em uma função e dependente em cinco funções; 6 – dependente em todas as seis funções (FREITAS et al., 2022).

Tabela 6: Escala de Lawton-Brody

1. Capacidade de usar o telefone	
É capaz de utilizar o telefone por iniciativa própria	3
É capaz de responder às ligações, porém necessita de ajuda ou aparelho especial para discar	2
Completamente incapaz para o uso do telefone	1
2. Compras	
É capaz de realizar todas as compras necessárias sem ajuda ou supervisão	3
Necessita de supervisão para fazer compras	2
Completamente incapaz de fazer compras, mesmo com supervisão	1
3. Preparar refeições	
É capaz de preparar refeições sem ajuda ou supervisão	3
É capaz de preparar refeições com supervisão ou ajuda parcial	2
É incapaz de preparar refeições	1
4. Tarefas domésticas (Incluindo trabalhos manuais e pequenos reparos)	
É capaz de realizar todo o trabalho sem ajuda ou supervisão	3
É capaz de realizar apenas o trabalho doméstico leve ou necessita de ajuda ou supervisão	2
Incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico	1
5. Lavar Roupas	
É capaz de lavar toda sua roupa sem ajuda ou supervisão	3
É capaz de lavar apenas peças pequenas ou necessita de ajuda ou supervisão	2
Incapaz de lavar qualquer peça de roupa	1
6. Meio de transporte	



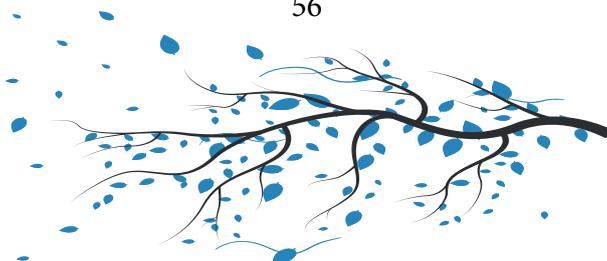
É capaz de dirigir carros ou viajar sozinho de ônibus, trem, metrô e táxi	3
Necessita de ajuda e/ou supervisão quando viaja de ônibus, trem, metrô e táxi	2
Incapaz de utilizar qualquer meio de transporte	1
7. Manuseio de medicação	
É capaz de tomar toda e qualquer medicação na hora e doses corretas sem supervisão	3
Necessita de lembretes e de supervisão para tomar a medicação nos horários e doses corretas	2
É incapaz de tomar a medicação	1
8. Manuseio de dinheiro	
É capaz de administrar seus assuntos econômicos, pagar contas, manusear dinheiro, preencher cheques	3
É capaz de administrar seus assuntos econômicos, porém necessita de ajuda com cheques pagamentos de contas	2
Incapaz de lidar com dinheiro	1

FONTE: FREITAS, Elizabete Viana de; COSTA, Elisa Franco de Assis; GALERA, Siulmara Cristina. Avaliação Geriátrica Ampla: 15. In: FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 707 - 739.

Interpretação: 9 pontos – totalmente dependente; 10 a 15 pontos – dependência grave; 16 a 20 pontos – dependência moderada; 21 a 25 pontos – dependência leve; 25 a 27 pontos – independente (FREITAS *et al.*, 2022).

AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIOFAMILIAR E CONDIÇÕES AMBIENTAIS (PRESENÇA OU NÃO DE MAUS TRATOS)

O suporte social e familiar do idoso, o qual é constituído por sistemas formais e informais, é essencial para que se alcance o sucesso no planejamento terapêutico. Entre os constituintes informais estão a família e os amigos, já entre os formais encontram-se as instituições de longa permanência, o

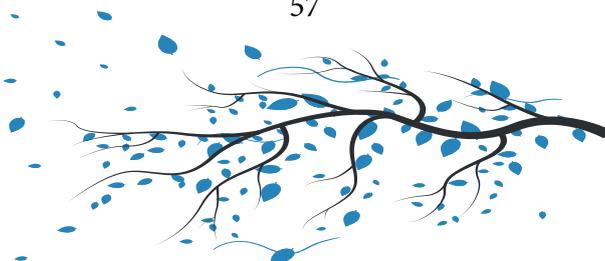


hospital-dia e os programas de formação de cuidadores.

Tal suporte sociofamiliar é extremamente fundamental para garantir o maior nível de independência e autonomia possível para o idoso, contribuindo para, dessa forma, preservar a sua capacidade funcional e melhorar a sua qualidade de vida. Assim, no que tange à avaliação deste eixo, é necessário questionar ao indivíduo quais são as atividades sociais realizadas por ele, bem como fazer o uso do Apgar familiar (Tabela 7). A interpretação da pontuação total de tal instrumento ocorre da seguinte forma: 7 a 10 (família altamente funcional), 5 a 6 (família moderadamente disfuncional) e 0 a 4 (família elevadamente disfuncional) (CHAPADEIRO et al., 2011) Além disso, é de extrema importância avaliar se as condições ambientais estão de acordo com as necessidades do idoso, caso contrário, adaptações devem ser realizadas a fim de não só resguardar a independência deste, bem como protegê-lo de acidentes domésticos.

Tabela 7: Apgar Familiar

Perguntas	Quase sempre	Às vezes	Raramente
1) Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?	0 ()	1 ()	2 ()
2) Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?	0 ()	1 ()	2 ()
3) Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?	0 ()	1 ()	2 ()



4) Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?	0 ()	1 ()	2 ()
5) Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos?	0 ()	1 ()	2 ()
Subtotal			
Total			

FONTE: CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Helga Yuri Silva Okano; ARAÚJO, Maria Rizezoneide Negreiros de. A família como foco da Atenção Primária à Saúde (versão preliminar). Minas Gerais: NESCON UFMG, 2011. p. 74 - 75.

Ressalta-se, ainda, que é imprescindível avaliar se o cuidador se encontra sobrecarregado, o que pode ser feito por meio da escala Zarit Burden Interview (ZBI) (Tabela 8), na qual a pontuação alcançada é diretamente proporcional à sobrecarga do indivíduo (SCAZUFCA, 2002). Outrossim, a qualidade do treinamento do cuidador também deve ser analisada. Isso se dá porque aqueles cuidadores com um nível deficiente de preparação e que se encontram sob um nível acentuado de stress são mais propensos a cometer não só negligências no cuidado, como também maus tratos contra os idosos. No que diz respeito à presença ou não de maus tratos, tal avaliação é permeada por diversos desafios como vítimas que escondem os abusos por medo, falsos-positivos (púrpura senil) e falsos-negativos (fraturas ósseas decorrentes de quedas) (FREITAS et al., 2022). Assim, na existência de indícios de maus-tratos o atendimento do paciente pela equipe multidisciplinar deve ser feito de uma forma mais detalhada e atenciosa.

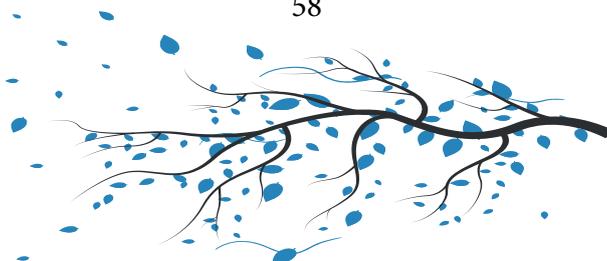
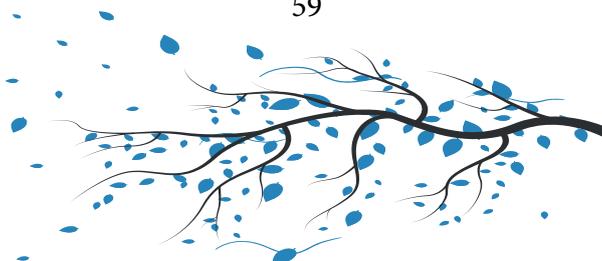


Tabela 8: Zarit Burden Interview

Perguntas	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. O Sr/Sra sente que X pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com X, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de X e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando X está por perto?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
6. O Sr/Sra sente que X afeta negativamente o seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
8. O Sr/Sra sente que X depende do Sr/Sra?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando X está por perto?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
10. O Sr/Sra sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

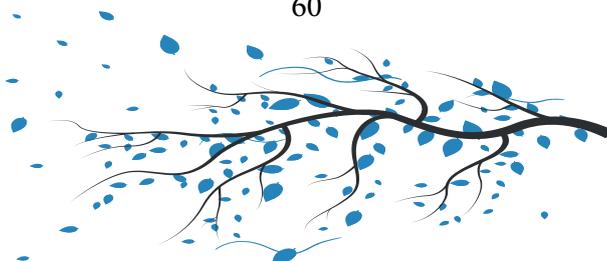


13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
14. O Sr/Sra sente que X espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de X, somando-se as suas outras despesas?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de X por muito mais tempo?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de X?	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de X? **	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()

* Na tabela "X" diz respeito a quem é cuidado pelo profissional entrevistado.

** Nesta pergunta, as possíveis respostas são: nem um pouco= 0, um pouco= 1, moderadamente= 2, muito= 3, extremamente= 4.

FONTE: SCAZUFCA, Marcia. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 24, n. 1, pp. 12-17, 2002.



AVALIAÇÃO DO ESTADO E RISCOS NUTRICIONAIS

O estado nutricional do indivíduo é uma parcela importante da sua condição de saúde como um todo, sendo assim, avaliá-lo é essencial. É sabido que idosos que moram sozinhos sentem-se mais desestimulados a preparar suas próprias refeições, além disso, aqueles com incapacidades funcionais encontram dificuldades no preparo dos alimentos, o que contribui para a instalação de quadros de desnutrição (FREITAS et al., 2022).

Seguindo essa linha de raciocínio, a avaliação do estado nutricional do idoso pode ser realizada através da Miniavaliação Nutricional (MAN) (Tabela 9) cujo objetivo é identificar o risco de destruição com o intuito de poder agir de modo a revertê-lo. Ademais, as medidas antropométricas também devem fazer parte da análise do estado e dos riscos nutricionais. Entre elas, pode-se citar o Índice de Massa Corporal (IMC), a medida da Circunferência do Braço (CB), a qual avalia o tecido adiposo e o músculo, e a Circunferência da Panturrilha (CP), a qual avalia a massa muscular. A partir disso, se o paciente pontuar 12 pontos ou mais na etapa da triagem, ele será considerado um indivíduo sem risco de desnutrição e, portanto, não continuará a avaliação. Entretanto, caso o paciente pontue 11 pontos ou menos, ele será considerado uma pessoa em risco de desnutrição e seguirá para a fase da avaliação global. Nesta parte da avaliação, há três possibilidades de enquadrar o paciente: aquele que pontua menos de 17 pontos (desnutrido), aquele que pontua de 17 a 23,5 pontos (em risco de desnutrição) e aquele que pontua 24 pontos ou mais (nutrido) (FREITAS et al., 2022).

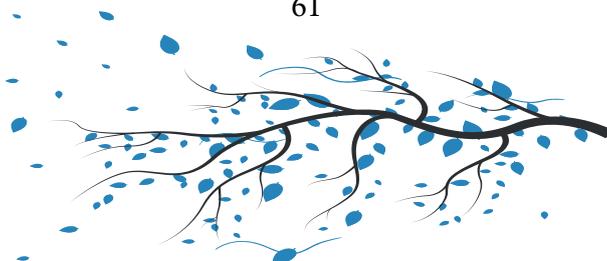
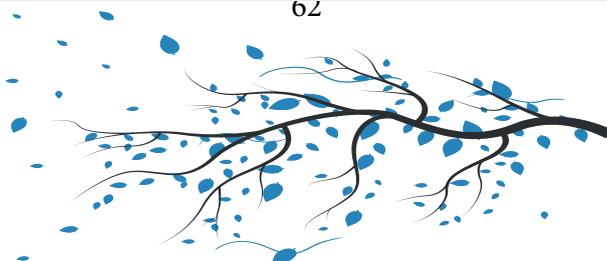
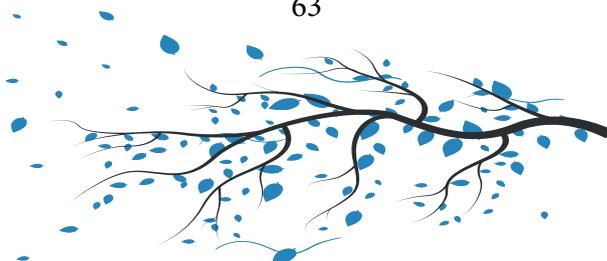


Tabela 9: Miniavaliação Nutricional

Triagem		
1. O consumo de alimentos diminui nos últimos 3 meses devido a perda de apetite, problemas digestivos, dificuldades para mastigar ou deglutir?	Diminuição grave	0 ()
	Diminuição moderada	1 ()
	Não houve diminuição	2 ()
2. Perda de peso nos últimos 2 meses	Superior a 3 kg	0 ()
	Não sabe informar	1 ()
	Entre 1 e 3 kg	2 ()
	Não perdeu peso	3 ()
3. Mobilidade	Restrito ao leito ou à cadeira de rodas	0 ()
	Deambula, mas é incapaz de sair de casa sem ajuda	1 ()
	Deambula normalmente e é capaz de sair de casa em ajuda	2 ()
4. Teve algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?	Sim	0 ()
	Não	2 ()
5. Problemas neuropsicológicos	Tem demência e/ou depressão grave	0 ()
	Demência leve	1 ()
	Sem problemas	2 ()
6. Índice de massa corporal [peso (kg)/altura (m) ²]	IMC < 19	0 ()
	19 ≤ IMC < 21	1 ()
	21 ≤ IMC < 23	2 ()
	IMC ≥ 23	3 ()



Avaliação global		
1. Vive independente e não está asilado ou hospitalizado?	Não Sim	0 () 1 ()
2. Utiliza mais de 3 medicamentos por dia?	Sim Não	0 () 1 ()
3. Tem úlceras por pressão ou outras lesões de pele?	Sim Não	0 () 1 ()
4. Quantas refeições faz por dia?	1 refeição 2 refeições 3 ou mais refeições	0 () 1 () 2 ()
5. Consumo de proteínas:		
• Pelo menos 1 porção de leite ou derivados ao dia?	Sim Não	0,0 () - Nenhuma ou 1 resposta “sim”
• Pelo menos 2 porções de ovos ou leguminosas por semana?	Sim Não	0,5 () - 2 respostas “sim”
• Carne, peixe ou aves todos os dias	Sim Não	1,0 () - 3 respostas “sim”
6. Consome 2 ou mais porções de frutas ou vegetais por dia?	Não Sim	0 () 1 ()
7. Quantos copos de líquidos ingere por dia?	Menos de 3 copos 3 a 5 copos Mais de 5 copos	0,0 () 0,5 () 1,0 ()
8. Modo de se alimentar	Incapaz de alimentar-se sozinho Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade	0 () 1 () 2 ()

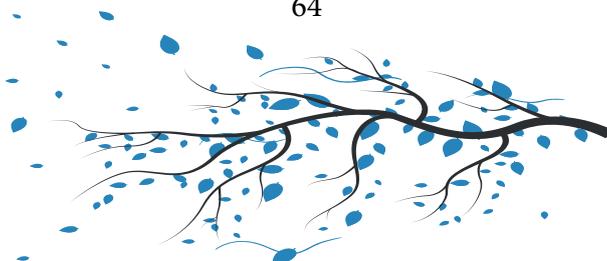


	Alimenta-se sozinho sem dificuldade	2 ()
9. O indivíduo acredita que tem algum problema nutricional?	Acha-se desnutrido	0 ()
	Não sabe responder	1 ()
	Acha que não tem problema nutricional	2 ()
10. Em comparação com pessoas de mesma idade, como o indivíduo avalia a sua saúde?	Pior	0,0 ()
	Não sabe responder	0,5 ()
	Igual	1,0 ()
	Melhor	2,0 ()
11. Circunferência do braço (cm)	CB < 21	0,0 ()
	21 ≤ CB < 22	0,5 ()
	CB > 22	1,0 ()
12. Circunferência da panturrilha (cm)	CP < 31	0 ()
	CP ≥ 31	1 ()

FONTE: FREITAS, Elizabete Viana de; COSTA, Elisa Franco de Assis; GALERA, Siulmara Cristina. Avaliação Geriátrica Ampla: 15. In: FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 707 - 739.

POLIFARMÁCIA E MEDICAÇÕES INAPROPRIADAS

Devido à condição de multimorbidade, ou seja, a presença simultânea de diferentes doenças crônicas, existente em muitos idosos, faz-se necessário o uso de vários medicamentos no mesmo período de tempo (polifarmácia). A polifarmácia pode ser definida como o uso de cinco ou mais medicamentos de forma síncrona. Apesar de muitas vezes ser necessária, a polifarmácia está intrinsecamente relacionada com o risco de complicações na saúde do idoso, como a síndrome da fragilidade,



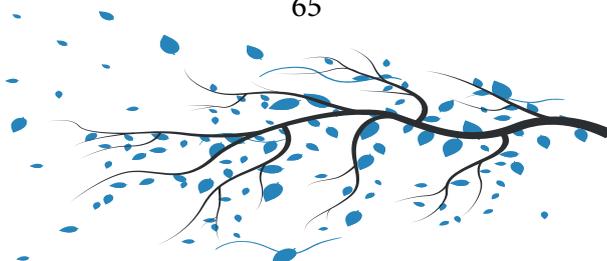
as quedas e , em casos mais graves, a morte (FREITAS et al., 2022).

Além disso, uma parte importante da consulta geriátrica é a avaliação da utilização de medicamentos inapropriados, os quais promovem mais riscos à saúde do que benefícios e cujo uso não pode ser embasado em justificativas científicas confiáveis. Para avaliar tal aspecto, pode-se utilizar os Critérios de Beers, o qual foi atualizado em 2019 pela Sociedade Americana de Geriatria, e o Critério STOPP/START, o qual indica remédios que devem ser iniciados (START) e outros que devem ser interrompidos, ou seja, “desprescritos” (STOPP). Dessa forma, uma maneira eficaz de se obter a relação de todos os medicamentos utilizados pelo paciente é através do “Teste da sacola de remédios”, solicitando que o indivíduo os leve no dia da consulta (FREITAS et al., 2022).

DEFICIÊNCIAS SENSORIAIS

Os déficits sensoriais podem ser definidos como a redução na capacidade de o indivíduo perceber e reagir aos estímulos do ambiente que o cerca, o que reduz significativamente não só a sua funcionalidade, mas também a sua independência.

Seguindo essa linha de raciocínio, na população idosa, os déficits sensoriais se intensificam gradualmente com o passar dos anos e contribuem para a redução da qualidade de vida. Tal quadro está relacionado com o aumento das chances da capacidade cognitiva do idoso entrar em declínio, bem como de ele se isolar socialmente e de desenvolver transtorno depressivo. Um exemplo de como os déficits sensoriais impactam negativamente na vida do idoso é o fato de que aqueles que se encontram internados sem suas próteses auditivas, próteses dentárias ou óculos estão sujeitos a inúmeras complicações, como uma tendência aumentada de desenvolver delirium e desnutrição (FREITAS et



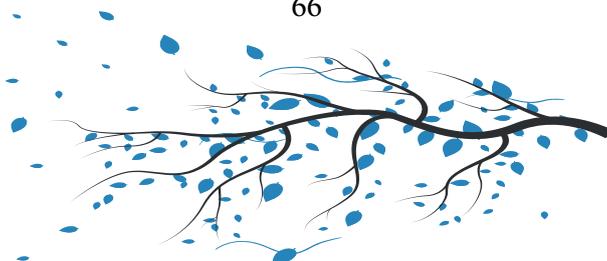
al., 2022).

Alterações no paladar e no olfato podem mudar drasticamente a percepção da comida pelo idoso, o que contribui para gerar mudanças no apetite e nos padrões da ingestão alimentar, já que o cheiro e o sabor dos alimentos é essencial para estimular a sensação de fome no organismo. Além disso, no que diz respeito às modificações da visão, tais distúrbios estão relacionados intrinsecamente com problemas cognitivos, maiores riscos de quedas e de depressão, o que reduz substancialmente a capacidade funcional do idoso. Sob tal ótica, a avaliação da acuidade visual faz-se essencial e pode ser realizada através da Tabela de Snellen no momento da consulta (FREITAS et al., 2022).

Ademais, a presbiacusia, ou seja, a perda auditiva associada ao envelhecimento, é um outro fator que compromete a independência do idoso, o que o torna mais suscetível ao isolamento social. A partir disso, a fim de avaliar a acuidade auditiva tem-se o teste do sussurro, no qual o examinador posiciona-se fora do campo visual do paciente (para impossibilitar a leitura labial), por volta de 60 cm do indivíduo, e sussurra uma frase ou palavra simples em cada ouvido, atentando se o idoso consegue repetir o que foi dito ou não. Por fim, as modificações do tato na população idosa a torna mais passível de sofrer queimaduras, congelamento das extremidades e lesões na pele, como as úlceras de decúbito devido à manutenção de uma mesma posição corporal por períodos prolongados (FREITAS et al., 2022).

COMORBIDADES E MULTIMORBIDADE

Apesar de serem tratadas, na maioria das vezes, como sinônimos, a comorbidade e a multimorbidade dizem respeito a situações diferentes. Enquanto a multimorbidade significa a presença de

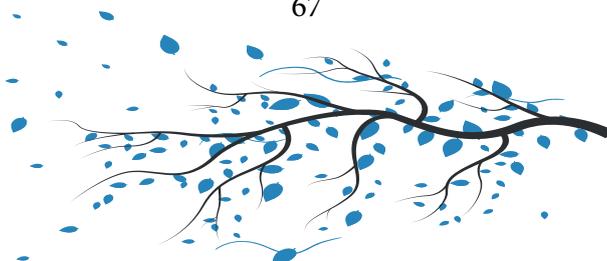


diferentes doenças simultaneamente, a comorbidade significa as repercussões em conjunto de doenças adicionais sobre uma doença principal.

Pelo fato do número de doenças crônicas aumentar conforme a idade e de elas interagirem entre si quando se apresentam simultaneamente, é de extrema relevância obter uma listagem sobre todas as doenças que o paciente possui durante a anamnese. Além disso, os índices de comorbidades, como o Índice de Comorbidade-Idade de Charlson (ICIC) (Tabela 10), e a Ponderação da idade (Tabela 11), são importantes quando se quer avaliar o prognóstico e o risco de morte do idoso. A partir desses instrumentos, a mortalidade em 1 ano esperada para o idoso vai crescer conforme a quantidade de pontos obtidos por ele durante a entrevista. Entretanto, ressalta-se que a avaliação das comorbidades, com o objetivo de determinar o prognóstico do paciente, não deve ser realizada de modo individual, mas sim como um dos componentes da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).

Tabela 10: Índice de Comorbidade-Idade de Charlson

Peso	Condição clínica
1	Infarto do miocárdio Insuficiência cardíaca congestiva Doença vascular periférica Demência Doença cerebrovascular Doença pulmonar crônica Doença do tecido conjuntivo Diabetes melito leve, sem complicação Úlcera peptídica
2	Hemiplegia



	Doença renal grave ou moderada Diabetes melito com complicação Tumor Leucemia Linfoma
3	Doença do fígado grave ou moderada
6	Tumor maligno, metástase AIDS

FONTE: FREITAS, Elizabete Viana de; COSTA, Elisa Franco de Assis; GALERA, Siulmara Cristina. Avaliação Geriátrica Ampla: 15. In: FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 707 - 739.

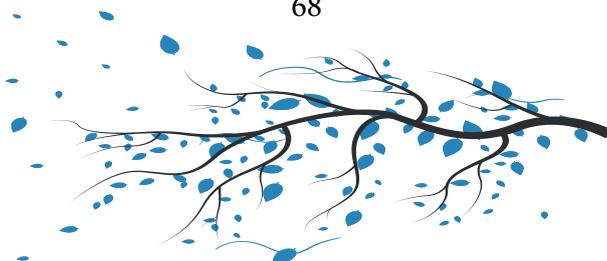
Tabela 11: Ponderação da idade

Grupo etário	Pontos
0 a 49 anos	0
50 a 59 anos	1
60 a 69 anos	2
70 a 79 anos	3
80 a 89 anos	4
90 a 99 anos	5

FONTE: FREITAS, Elizabete Viana de; COSTA, Elisa Franco de Assis; GALERA, Siulmara Cristina. Avaliação Geriátrica Ampla: 15. In: FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 707 - 739.

PARTICULARIDADES DO EXAME FÍSICO DO IDOSO

As modificações que ocorrem no idoso implicam em um exame físico diferente de um adul-



to saudável, então nem sempre alterações identificadas no idosos significam um achado patológico. Dessa maneira, é imprescindível compreender as principais modificações na fisiologia do indivíduo idoso, bem como as particularidades do seu exame físico.

COMPOSIÇÃO CORPÓREA

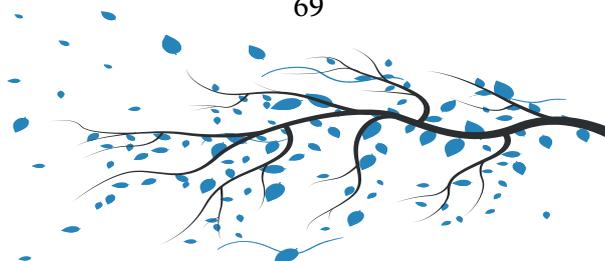
- Diminuição da reserva corporal de água, passando de 70% no adulto para cerca de 52% da composição corporal no idoso. Essa diminuição se dá no compartimento intracelular, sendo considerado, o idoso, um “desidratado crônico”.

- Aumento do percentual de gordura, mais visível na cintura, e uma diminuição da massa magra.

- O metabolismo basal diminui cerca de 10-20% e o idoso resiste menos à perda de volume.

SINAIS VITAIS, DADOS ANTROPOMÉTRICOS E SENTIDOS

- Temperatura: Verifica-se uma diminuição da temperatura basal, que equivale a $36,8^{\circ}\text{C} - (\text{n}^{\circ} \text{ de décadas de vida após 20 anos} \times 0,15^{\circ}\text{C})$. De uma forma geral, o idoso tem uma diminuição da capacidade de percepção do frio e do calor. A hipotermia é caracterizada por uma menor resposta vasoconstritora ao frio e uma menor resposta de calafrios, além de uma diminuição da termogênese. Já a Hipertermia, é influenciada pela diminuição da resposta vasodilatadora ao calor, menor sudorese e reserva cardiovascular. É frequente a ausência de febre, o que caracteriza uma manifestação atípica dessa faixa-etária.



- **Peso:** Em geral, há perda de 0,3 kg/ano após os 60 anos no peso e de 1 cm/década após os 40 anos na altura. O IMC normal passa a ser de 22 a 27 Kg/m². Os idosos podem ser sobrepeso associado a déficit nutricional, também chamado de obesidade sarcopênica

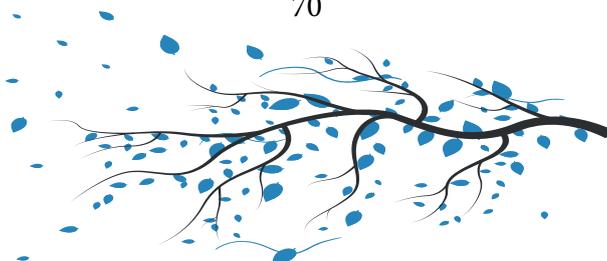
- Os outros sinais vitais serão abordados no decorrer do capítulo e a avaliação dos sentidos foi abordada dentro da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

EXAME DA PELE E FÂNEROS

- O envelhecimento cutâneo é muito influenciado pelo fotoenvelhecimento, caracterizado pela diminuição da espessura e elasticidade da epiderme e derme, podendo levar a rugas profundas. A diminuição da espessura da pele e do tecido adiposo favorecem o surgimento de lesões por pressão em proeminências ósseas. Em determinados locais, como na nuca, há aumento da espessura da pele com acentuação do seu quadriculado, caracterizando a cutis romboidal. As papilas dérmicas são menos profundas, contribuindo para o aparecimento de bolhas e lesões. A rede vascular, então, torna-se mais visível e, juntamente com a diminuição da vascularização, há palidez e diminuição da temperatura.

- Redução das glândulas sudoríparas e sebáceas leva a xerose e, conseqüentemente, prurido, e o menor número de fibras elásticas e colágenas propicia o aparecimento de rugas, comum no idoso. É importante lembrar que a flacidez cutânea, rugas finas e queratose seborréica são processos fisiológicos.

- Há retardo na reposição das células da epiderme e redução das células de Langerhans, aumentando a incidência do câncer de pele.

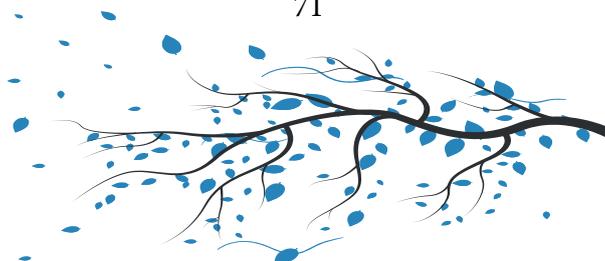


- Ocorre redução corpúsculos de Paccini e Meissner, responsáveis pela pressão e tato leve, levando a alterações sensoriais
- Redução funcional e percentual dos melanócitos de 8-20%, por década, após os 30 anos, levando a melanose solar ou senil, também caracterizada por manchas hiperocrômicas
- Unhas tornam-se quebradiças e frágeis, mais espessas, curvas e com crescimento mais lento. Estrias longitudinais e perda do brilho também são fisiológicos. Onicomiose e onicogrifose podem estar presentes.
- Os pelos diminuem, exceto no nariz, sobrancelhas e orelhas nos homens e no lábio superior e menor da mulher. A canície e calvície também são alterações esperadas
- Púrpura senil, eritema palmar e telegiectasias, principalmente na região nasal, podem ser fisiológicos ou patológicos, como o eritema palmar nas hepatopatias.
- Em idosos com incontinência urinária e/ou uso de fraldas, pode-se observar dermatite amoniacal. Úlceras por pressão também podem estar associadas, principalmente no acamados e com sensibilidade diminuída

EXAME DA CABEÇA E PESCOÇO

EXAME DA CAVIDADE ORAL

- Antes de iniciar o exame, é importante questionar sobre o uso de prótese para poder retirá-la no momento e, assim, avaliar melhor. Úlceras traumáticas podem estar presentes devido a próteses ou dentes fraturados. A Estomatite induzida por dentaduras também pode estar presente. O estado dos dentes precisa ser avaliado para pesquisa de cáries e doenças periodontais, muito associadas à

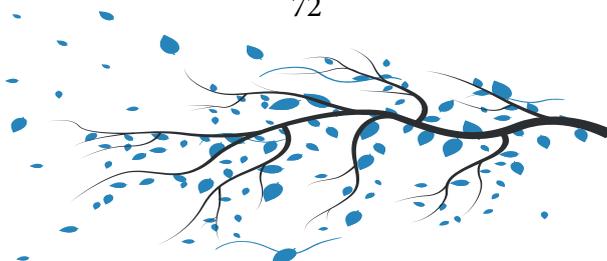


halitose e sangramento gengival. Importante questionar sobre dificuldade para mastigar e/ou deglutir, distúrbios alimentares e acúmulo de alimento na orofaringe. Atentar para a presença de xerostomia induzida por medicações, que dificulta a mastigação

- As glândulas submandibulares ficam mais fáceis de palpar
- Pode ocorrer deslocamento da mandíbula pela reabsorção óssea e alterações degenerativas da articulação temporomandibular (ATM). Há desgaste dos ossos maxilares e da mandíbula
- Língua com glossite ou atrofiada devido a deficiência vitamínica ou anemia
- Estomatite angular (queilite) e candidíase atrófica podem estar presentes no ângulo da boca. É importante lembrar que as aftas e infecções amigdalíneas são menos frequentes
- Modificações orofaciais atípicas podem estar presentes em quadros demenciais e no uso de determinadas medicações antipsicóticas

EXAME DOS OLHOS

- Presbiopia
- Redução da adaptação visual ao escuro, da visão de contraste e da visão periférica. A flacidez das pálpebras superiores limita o campo visual lateral
- Menor percepção visual de profundidade e redução do desvio conjugado do olhar para cima
- Diminuição da secreção lacrimal, associada a xeroftalmia, ou lacrimejamento em excesso pela flacidez das pálpebras inferiores
- Afundamento do globo ocular na órbita e degeneração macular

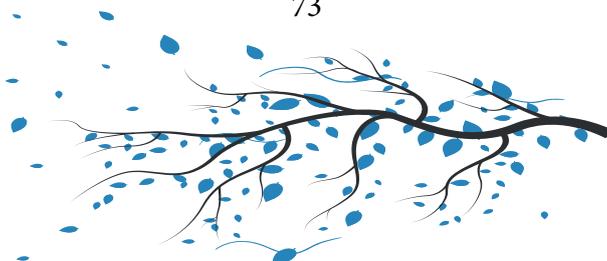


- Ectrópio ou entrópio, xantelasma, ptose senil (pseudoptose palpebral), arco senil, hiperpigmentação e edema de pálpebras inferiores. A flacidez das pálpebras superiores pode dificultar a abertura completa do olho
- Atrofia da fásia palpebral pode levar à herniação da gordura orbitária para dentro do tecido palpebral
- O exame de fundo de olho, importante em doenças crônicas não transmissíveis, pode ser prejudicado pela catarata e miose, comuns no idoso
- Lentificação do reflexo pupilar e redução do diâmetro da pupila
- Redução da gordura do globo ocular, gerando enoftalmia

EXAME DOS OUVIDOS E NARIZ

- Presbiacusia, principalmente para sons agudos, e dificuldade para diferenciar os sons. Importante lembrar do teste do sussurro
- A otoscopia é importante para verificar obstruções por cerume ou secreções e o estado da membrana timpânica
- Aumento do pavilhão auricular, devido ao crescimento das cartilagens e acúmulo de gordura
- Realizar rinoscopia anterior apenas se necessário e questionar sobre diminuição do olfato

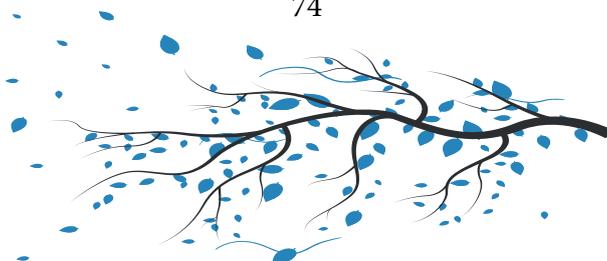
EXAME DO PESCOÇO E TIREÓIDE



- Atrofia da glândula e substituição do tecido glandular por tecido fibroadiposo
- Diminuição dos hormônios tireoidianos (conversão T4 em T3)
- TSH normal/alto
- Aumento do colesterol sérico e lipoproteínas de baixa densidade
- Inspeccionar as veias cervicais que drenam para o tórax, pois o pulso venoso pode ser visível
- Limitação dos movimentos do pescoço secundária à osteoartrose cervical

EXAME CARDIOVASCULAR

- Primeiramente, é recomendado a aferição da pressão arterial em ambos os membros. Atentar para hiato auscultatório, pseudo hipertensão (sinal de Osler, relacionado com o enrijecimento arterial), hipertensão do jaleco branco e hipotensão ortostática
- Ictus cordis deixa de ser palpável devido ao aumento do diâmetro anteroposterior do tórax. Há redução da frequência cardíaca, aumento da velocidade da onda de pulso, maior pressão sistólica e pressão de pulso
- Degeneração, espessamento valvar e deposição de tecido fibroso gera bulhas hipofonéticas, estalido protossistólico, sopro sistólico ejetivo aórtico, sopro sistólico mitral e sopro diastólico
- Degeneração e/ou depósitos de substâncias podem ocorrer desde o nódulo sinusal aos ramos do feixe de His. A redução do número de células no nó sinusal pode acarretar arritmias.
- Depósito de substâncias como gordura, fibrose, amiloidose e lipofuscina no miocárdio diminui a complacência do ventrículo esquerdo, B4 não patológica e disfunção diastólica com diminui-



ção da reserva funcional do débito cardíaco. A identificação de um B3 pode ser sinal de insuficiência ventricular esquerda.

- Diminuição da resposta vascular ao reflexo vascular ao reflexo barorreceptor gera maior susceptibilidade a hipotensão

- Rigidez arterial (camada média), tortuosidade e aumento do diâmetro e espessura da parede diminuem a complacência arterial, aumenta a resistência vascular periférica, a pressão arterial e a pós-carga. Dilatação da aorta proximal e aumento do anel valvar com insuficiência das cúspides gera B2 mais audível no 2 EIE e botão aórtico mais proeminente no Raio X

- O enrijecimento e tortuosidade dos vasos não significa aterosclerose

- Edema sacral é um indicativo de descompensação cardíaca

- Hipertrofia ventricular esquerda pode aumentar a pressão arterial

- Reflexo hepatojugular ou teste da compressão abdominal é útil para avaliar pressão venosa jugular elevada

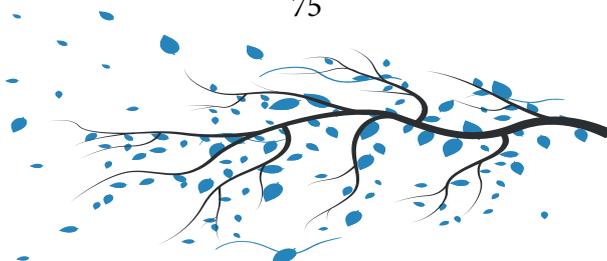
EXAME DA PAREDE TORÁCICA E APARELHO RESPIRATÓRIO

- Os valores normais de frequência respiratória passam a ser de 16 a 24 irpm.

- Após os 50 anos acontece uma degeneração das fibras elásticas e diminuição da complacência pulmonar

- Redução do surfactante

- Perda progressiva de massa muscular periférica e redução da força muscular, maior trabalho muscular e gasto energético. Falha da musculatura está associada à tosse ineficaz



- Tórax enrijecido por calcificação das cartilagens costais, anquilose das articulações costoverbrais, diminuição do espaço intercostal e da mobilidade do gradeado costal, aumento do diâmetro anteroposterior, caracterizando o tórax globoso ou em tonel

- Calcificação das cartilagens traqueais e brônquicas, estreitamento dos bronquíolos com perda da elasticidade e aumento volume de ar nos ácinos e ductos alveolares, caracterizando ductectasias ou enfisema senil

- Prova de Função Pulmonar com declínio da capacidade vital e aumento da capacidade residual, mantendo a capacidade pulmonar total. O espaço morto > 50% diminui a superfície de troca

- Declínio linear da PaO₂: $PaO_2 = 109 - (0.43 \times \text{idade})$, fica estável em 83 mmHg a partir dos 75 anos

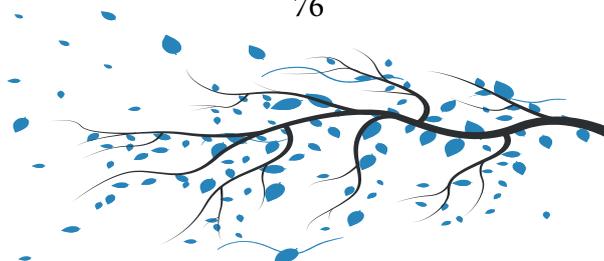
- PCO₂ não muda

- Declínio da sensibilidade do centro respiratório à hipóxia ou hipercapnia, com menor resposta ventilatória na ICC, infecção

- Redução dos batimentos ciliares e produção de muco, aumentando o risco de broncoespasmo por disfagia. Há também diminuição eficácia da tosse

- Demora até 72h para surgirem alterações decorrentes de pneumonia, se manifestando inicialmente com sinais atípicos, como como com uma FR > 24 ipm e uma taquipneia 3 a 4 dias antes

- À ausculta, diminuição dos murmúrios vesiculares de forma global, estertores crepitantes em bases pela dificuldade de expansão torácica, sem muito significado. Ausculta de ruído hidroaéreo em hemitórax esquerdo sugere hérnia de hiato. Quando se ausculta cornagem, deve-se lembrar de obstrução de via aérea superior por corpos estranhos, como prótese ou alimento



EXAME DO APARELHO DIGESTÓRIO

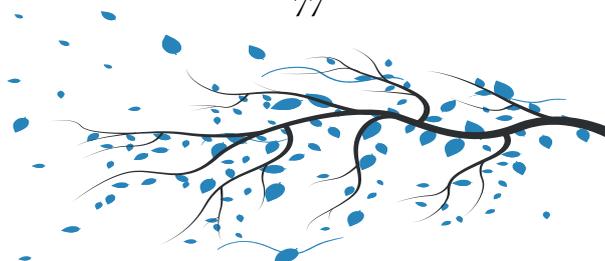
- Deformidades da coluna e do tórax e a perda do tônus da musculatura do abdômen, levando a aumento volume abdominal
- À ausculta, investigar sopro de aneurisma aorta abdominal e estenose artéria renal
- A peritonite no idoso pode se manifestar com poucos sinais, como na diverticulite

DEGLUTIÇÃO E ESÔFAGO

- Presbifagia e disfagia
- Alterações da motilidade pela redução de sua inervação intrínseca
- Maior duração dos episódios de refluxo e maior frequência das pneumonias aspirativas

ESTÔMAGO

- Saciedade precoce e anorexia do envelhecimento pela redução do relaxamento receptivo do fundo gástrico
- Menor secreção de ácido clorídrico pela redução da quantidade de células parietais
- Declínio da absorção de ferro e da produção de Fator Intrínseco (Vitamina B12)
- Aumento da colonização da mucosa gástrica pelo *H. pylori*
- Alteração da composição do muco e declínio da capacidade regenerativa e proliferativa da mucosa



PÂNCREAS

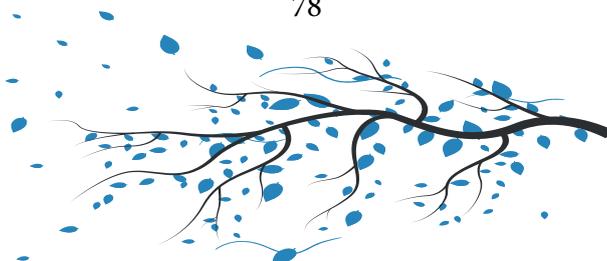
- Declínio da capacidade de secreção de tripsina, lipase e bicarbonato
- Redução da secreção de insulina e da sensibilidade periférica
- Aumento da glicemia de jejum

FÍGADO

- Redução do peso, fluxo sanguíneo e palpável mais facilmente devido a alterações anatómicas
- A síntese do colesterol diminui e há redução da bile total
- Diminuição da síntese de fatores de coagulação vitamina K-dependentes
- Na metabolização de medicamentos (Citocromo P450), ocorre redução de 5 até 30% da fase I e pouca redução da fase II (conjugação)
- Provas de função hepática podem não se alterar

INTESTINO DELGADO

- Redução da superfície mucosa e das vilosidades intestinais
- Alterações da motilidade com hiperproliferação bacteriana
- Função absorptiva normal



INTESTINO GROSSO E RETO

- Maior frequência de divertículos e constipação intestinal
- Reto e ânus com redução da força muscular por alterações da musculatura do esfíncter externo, diminuindo a capacidade de retenção fecal voluntária
- Aumento da prevalência de fecaloma, sugerido pela manobra de Trendelenberg. A retenção fecal pode causar incontinência urinária
- Pesquisa de herniações e incontinência fecal, se necessário examinar com toque retal, para investigar fecaloma, impactação fecal,, alterações prostáticas no homem e sangramentos

EXAME DO APARELHO URINÁRIO

- A partir dos 40 anos, ocorre diminuição de 1%/ano da filtração glomerular. Ocorre perda de massa, fluxo e substituição do tecido renal por gordura e fibrose
- Esclerose e menor elasticidade dos vasos renais
- Redução do número de glomérulos e diminuição da área de filtração e da permeabilidade glomerular
- Diminuição do comprimento e volume dos túbulos e interstício pela substituição por tecido conectivo
- Sensibilidade à sede do idoso está diminuída, favorecendo a desidratação
- Maior produção de ADH, diminuindo a ação tubular



- Deposição de colágeno na bexiga com alterações nas três camadas do detrusor, gerando hipoatividade do músculo

- Investigar noctúria, redução da sede, incontinência urinária, bexigoma e desidratação. O bexigoma é mais comum em diabéticos e a incontinência urinária em mulheres

EXAME DO TRATO GENITAL

TRATO GENITAL MASCULINO

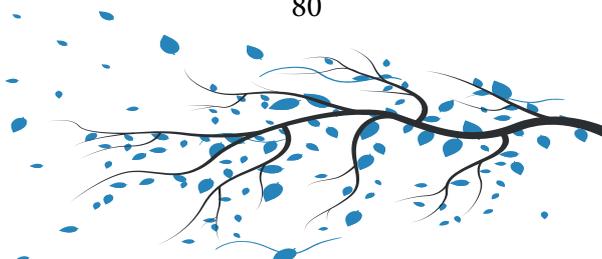
- Pode ocorrer ginecomastia nos homens, redução das dimensões do pênis, flacidez escrotal e alterações da próstata, com aumento do volume e atrofia das glândulas, como na Hiperplasia Prostática Benigna. Outros achados são a atrofia dos testículos e das vesículas seminais.

- Diminuição dos pelos pubianos
- Investigar disfunção sexual

TRATO GENITAL FEMININO

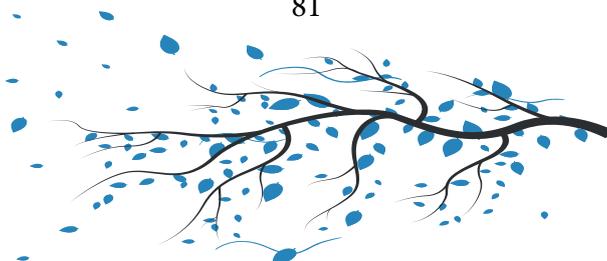
- Redução da função ovariana, isso já na fase adulta com a menopausa. As mamas da mulher ficam flácidas e pendentes, fora que o tecido glandular é substituído pelo fibroso. A vagina diminui em suas dimensões. Com a queda da função ovariana, a mucosa torna-se fina, ressecada e atrofiada.

- Investigar prolapso de órgãos pélvicos, já que pode ocorrer falha na sustentação e suspensão pelos ligamento uterinos
- Investigar disfunção sexual



EXAME NEUROLÓGICO

- Envelhecimento comum com atrofia cerebral, diminuição do número de neurônios, alargamento dos ventrículos
- Redução da mielina nos nervos sensoriais provoca perda da sensação vibratória, do tato e da dor, como visto na redução dos reflexos profundos Aquileu e patelar, que precisam ser bilaterais
- Podem surgir reflexos patológicos, como o Babinski, podendo indicar sofrimento cerebral difuso ou demência avançada
- Exame físico com sinais extrapiramidais, como no parkinsonismo
- Perda de memória, distúrbios de comportamento e alterações de humor
- Aumento do LCR e redução dos neurotransmissores
- Alterações do sono com redução da duração e dos estágios mais profundos, maior latência e maior número de despertares.
- Importante avaliar ronco, SAOS, sonolência diurna e agitação noturna
- Marcha com redução da velocidade, passos curtos, menor tempo em apoio unipodal, menor amplitude dos movimentos e menor balanço dos braços, mudança de direção em bloco e menor flexão plantar
- Postura típica mais rígida com a base alargada, retificação da coluna cervical, um certo grau de cifose torácica, flexão do quadril e dos joelhos



EXAME DO APARELHO LOCOMOTOR

- As cartilagens tornam-se mais rígidas, há uma menor proliferação de condrócitos e diminuição do líquido sinovial, aumentando a fricção das cartilagens. Há também degeneração dos discos intervertebrais, pela aumento da fibronectina. A capacidade reparadora torna-se limitada

- Com as alterações degenerativas, as articulações do quadril e joelhos começam a perder sua estrutura

- As articulações dos dedos têm perda de cartilagem, ossos mais espessos. Nas osteoartroses surgem nódulos de Heberden e Bouchard

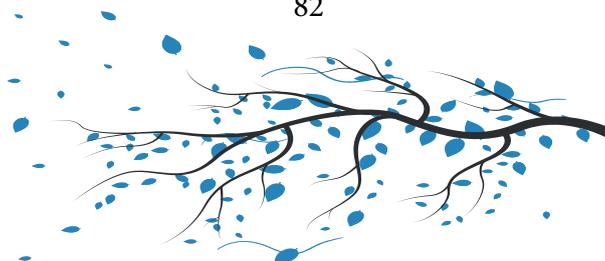
- Os ossos perdem gradualmente a sua espessura, arquitetura e resistência. Há uma diminuição das trabéculas, predominando o osso cortical, e uma velocidade de perda de massa óssea de 1%/ano, influenciada também pela menor formação óssea. A perda de massa óssea aumenta a prevalência da osteoporose

- A diminuição da estatura, influenciada pelo diminuição da espessura dos discos intervertebrais e perda dos arcos dos pés, e cifose torácica diminui 1 cm/década na estatura a partir dos 40 anos

- Redução da espessura do discos vertebrais, podem ocorrer fraturas por compressão de vértebras torácicas

- Há arqueamento dos membros inferiores e achatamento do arco plantar, sendo este mais acentuado no sexo feminino

- As costelas inferiores podem apoiar-se nos ossos dos íliacos, com pressão sobre as vísceras e distensão abdominal



- Redução da massa muscular, com alterações de colágeno e gordura e diminuição das fibras tipo II de contração rápida

- Redução da força muscular, como na preensão manual

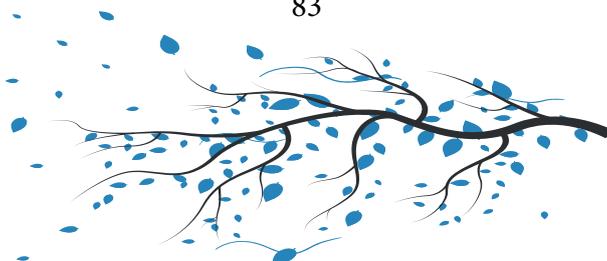
- O envelhecimento muscular associado a diminuição de massa, força e velocidade de contração muscular comumente se manifesta pela sarcopenia. A sarcopenia está ligada a um maior risco de quedas e fraturas, fadiga, intolerância ao exercício, redução da termorregulação, aumento da resistência à insulina, obesidade e perda de funcionalidade

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

É comum que diversas doenças crônicas coexistam no paciente geriátrico, o que contribui para uma redução na capacidade funcional do indivíduo, limitando, muitas vezes, a sua independência. Tal realidade acarreta consequências negativas do ponto de vista social e mental para o paciente. Muitas enfermidades se manifestam de forma atípica nos idosos, podendo passar despercebidas se não houver o treinamento de um raciocínio clínico sensível a elas. Dessa forma, a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), em conjunto com um exame físico detalhado, busca avaliar o paciente de forma holística em toda a sua complexidade física, psíquica, socioambiental e funcional, identificando áreas que precisam ser melhoradas, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) Versão reduzida. Arq Neuro-Psiquitr. 1999; 37:421-6. Almeida OP, Almeida SA. Short ver-



sions of the geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 14:858-65.

Freitas, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2022.

Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the “get up and go” test. *Arch Phys Med Rehabil*. 1986;67:387-89

Sattar S, Alibhai SMH, Wildiers H et al. How to implement a geriatric assessment in your clinical practice. *The Oncologist*. 2014;19:1056-68.

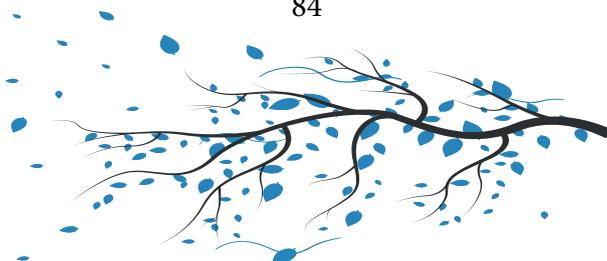
Schoene D, Wu SM, Mikolaizak AS et al. Discriminative ability and predictive validity of the Timed Up and Go test in identifying older people who fall: systematic review and metaanalysis. *JAGS*. 2013;61:2020-8.

Sunderland T, Hill JI, Mellow AM et al. Clock drawing in Alzheimer’s disease: a novel measure of dementia severity. *J Am Geriatr Soc*. 1989; 37:725-9.

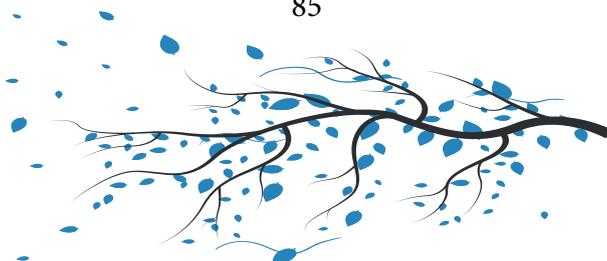
Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1986; 34:119-26.

Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982-1983; 17(1):37-49. doi: 10.1016/0022- 3956(82)90033-4.

Chapadeiro CA, Andrade HYSO, Araújo MRN. A família como foco da Atenção Primária à Saúde(-versão preliminar). *NESCON UFMG*. 2011; 74-75.



Scazufca M. Brazilian version of Burden Interview scale for assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Braz J Psychiatry*. 2002; 24(1)12-17.



Capítulo 3

GERIATRIA PREVENTIVA: VACINAÇÃO NO IDOSO



Rafael Tenório Falcão

Maria Luiza Vasconcelos Montenegro

Evelyn Andrade de Santana

Ludmila Belo Ramos da Silva

Bruno Sutani Barros Cardoso

Alexandre de Mattos Gomes

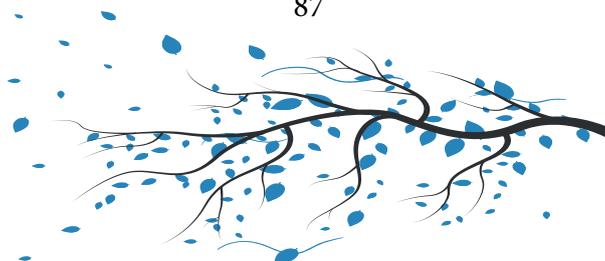
INTRODUÇÃO

Os avanços científicos na área médica possibilitaram um fenômeno mundial de aumento da longevidade. Entretanto, com o envelhecimento, o sistema imunológico passa por um processo chamado de imunossenescência, no qual as células imunológicas sofrem uma redução na sua quantidade e na eficácia da sua ação de defesa do organismo contra patógenos invasores. Além disso, é comum encontrar diversas doenças crônicas coexistindo em um paciente geriátrico, as quais podem ser facilmente acentuadas por um quadro infeccioso. Portanto, as vacinas são imprescindíveis para prevenir a ocorrência de doenças infectocontagiosas nos idosos, contribuindo, desse modo, para a promoção de um envelhecimento saudável.

VACINAS VIVAS ATENUADAS

As vacinas vivas atenuadas são compostas por agentes infecciosos selecionados e enfraquecidos. Nesse sentido, a infecção provocada por esses microrganismos vacinais atenuados é semelhante à natural, mas sem necessariamente desencadear a doença. De modo geral, essas vacinas têm um grande potencial protetor e proporcionam imunidade a longo prazo, o que diminui a quantidade de doses necessárias.

Além disso, é relevante considerar os intervalos estabelecidos ao fazer a administração das vacinas atenuadas e produtos compostos por imunoglobulinas. A inobservância desses intervalos pode acarretar em interferências de anticorpos, advindos das imunoglobulinas e derivados do sangue, na resposta imune às vacinas vivas atenuadas.



A vacina viva atenuada é contraindicada para pacientes com imunodepressão grave. Caso o paciente não seja imunodeprimido, mas iniciará quimioterapia ou alguma terapia imunossupressora, em que passará por transplante de órgãos sólidos ou de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), é recomendada a imunização com ao menos quinze dias de antecedência. O ideal seriam quatro semanas. Se o indivíduo realizou TCTH, a vacinação pode ser realizada em, no mínimo, dois anos após esse procedimento, mas em caso de rejeição (doença do enxerto contra o hospedeiro) a vacinação permanece contraindicada. É válido ressaltar que o grau de imunodepressão depende do medicamento, dose e período de tratamento do paciente.

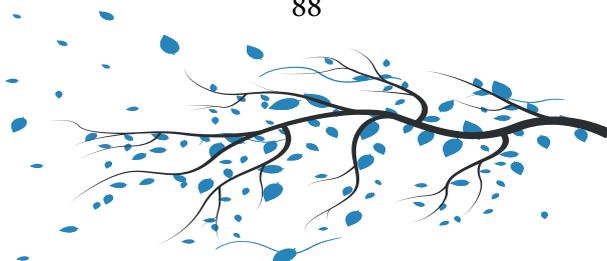
As vacinas que fazem parte desse grupo são: BCG, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), febre amarela, poliomielite oral (VOP), rotavírus, varicela (catapora), herpes zóster atenuada e dengue (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

VACINAS INATIVADAS

As vacinas inativadas são formadas por agentes infecciosos mortos ou fragmentos dos mesmos.

Não há contraindicação da aplicação dessas vacinas para pessoas imunodeprimidas ou que fazem tratamento com imunodepressores. Contudo, é importante a reaplicação da vacina após a suspensão do tratamento. Pois, a resposta vacinal durante esse processo é menor (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

A vacinação com inativadas é recomendada antes e após o transplante de órgãos sólidos. Porém, se realizada posteriormente ao transplante, a fim de obter uma efetividade maior, há a neces-



sidade da espera de dois meses, no mínimo. Em relação ao TCTH, o mínimo para a vacinação com inativadas são três meses (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Exemplos de vacinas inativadas: influenza (gripe), hepatite A, raiva e poliomielite.

APLICAÇÃO SIMULTÂNEA DE VACINAS

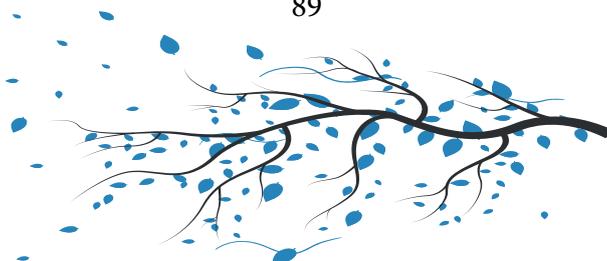
A aplicação de mais de uma vacina em distintos sítios anatômicos, concomitantemente, é segura. Inclusive, há a indicação quando é necessário que o indivíduo receba a maior quantidade de vacinas em menor tempo possível (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

VACINAS RECOMENDADAS PARA A POPULAÇÃO IDOSA

VACINA DA INFLUENZA

A influenza é uma enfermidade aguda que afeta as vias respiratórias. Os tipos que mais afetam a saúde dos seres humanos são a influenza A e B. Sob essa perspectiva, a vacina contra a gripe é o método mais eficiente para a prevenção da doença. Ela é constituída por vírus inativados e seccionados. Nesse sentido, a vacina não causa infecção. Portanto, o desenvolvimento de uma infecção depois da aplicação é considerado um evento coincidente (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

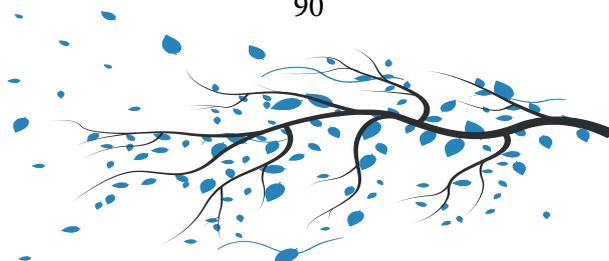
De acordo com o número de cepas incluídas na formulação, a vacina pode ser classificada como: trivalente ou tetravalente. A trivalente possui dois sorotipos do tipo A e uma linhagem do B. Enquanto, a tetravalente tem dois sorotipos do tipo A e duas linhagens do tipo B (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).



A partir dos 6 meses de idade a aplicação dessa vacina anualmente é indicada a todos, principalmente a população geriátrica. Visto que após os 60 anos o risco do desenvolvimento da forma grave, complicações e morte pela doença é aumentado. Assim, profissionais de saúde e indivíduos que têm contato próximo com idosos, com a mesma residência, têm prioridade na vacinação contra o vírus. A dose é única, mas em contexto epidemiológico de risco deve-se tomar outra dose três meses após a dose anual. Idealmente, a vacinação precisa ser antes de maio e outubro, período em que a gripe decorre de modo epidemiológico no Brasil (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023; FREITAS et al, 2022).

Se disponível, é preferível a utilização da tetravalente porque ela confere maior proteção em comparação a trivalente. Porém, na indisponibilidade da tetravalente, recomenda-se o uso da trivalente. Atualmente, somente a trivalente é disponibilizada nas Unidades Básicas de Saúde. A tetravalente pode ser encontrada no serviço privado de vacinação (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Em geral, por serem compostas por vírus inativados, essa vacina tem boa tolerância e são seguras. Os eventos adversos comumente observados são: dor, edema e eritema no lugar da aplicação, o decurso do eritema é autolimitado e tem resolução dentro de 48 horas. Há a possibilidade do surgimento de implicações sistêmicas leves e transitórias, como febre, mal-estar e mialgia. É raro o desenvolvimento de complicações mais graves como reações anafiláticas e Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Ainda, é válido ressaltar que o paciente tem a chance significativamente maior de progredir para a SGB devido a infecção pelo vírus influenza do que pela vacina. Sob essa perspectiva, recomenda-se evitar a vacinação de pacientes que tiveram reação anafilática à vacina ou que apresentaram a Síndrome de Guillain-Barré seis semanas após a imunização. Além disso, reações alérgicas a ovo



de galinha não são consideradas uma contraindicação para a vacina. Indivíduos que apresentam uma doença febril aguda moderada ou grave, aconselha-se adiar a vacinação (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

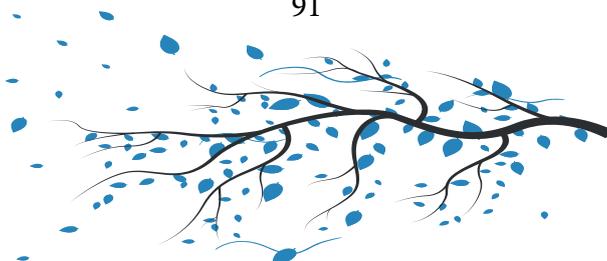
Essas vacinas devem ser aplicadas em via intramuscular e em casos no qual o paciente tem trombocitopenia ou alguma coagulopatia podem ser administradas em via subcutânea (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

VACINAS PNEUMOCÓCICAS

As vacinas pneumocócicas previnem o desenvolvimento das síndromes clínicas com potencial para gravidade, como: pneumonia, bacteremia e meningite. Visto que essas síndromes podem ser ocasionadas pelo *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). Nesse sentido, é denominado doença pneumocócica invasiva (DPI) quando há isolamento do *Streptococcus pneumoniae* em locais estéreis como o sangue, líquido pleural ou líquido. Nos idosos há as maiores taxas de mortalidade, principalmente nos que possuem alguma morbidade importante (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

No Brasil, as vacinas disponibilizadas são: a vacina polissacarídica 23-valente (VPP23) e a vacina conjugada 13-valente (VCP13). Essas vacinas possuem os polissacarídeos que geralmente são a causa das doenças pneumocócicas no Brasil. Contudo, existem mais de cem sorotipos capsulares de pneumococo distintos (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

A vacinação pneumocócica deve fazer parte da rotina de todos os idosos. A VCP13 e VPP23 devem ser aplicadas por via intramuscular. É recomendado começar com uma dose de VCP13, se-

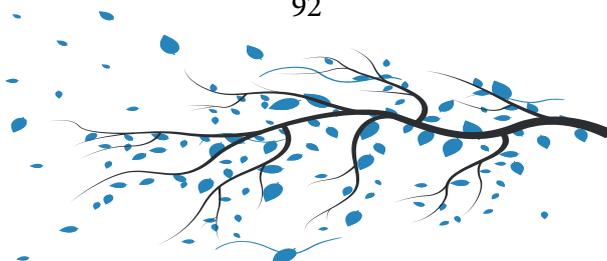


guido de uma dose de VPP23 depois de um intervalo entre 6 a 12 meses. Por fim, após cinco anos em relação à primeira dose de VPP23, é importante tomar outra dose de VPP23. Então, se o paciente tomou somente uma dose de VPP23, é necessário esperar um ano para a aplicação da VCP13 e aguardar cinco anos em relação à primeira dose de VPP23, com a manutenção do intervalo de seis meses a um ano da VCP13 para a segunda dose de VPP23. No caso de ter sido administrado as duas doses de VPP23, é preciso receber a dose de VCP13 com intervalo mínimo de um ano comparado à última dose de VPP23. Se a segunda dose de VPP23 foi administrada antes dos 60 anos, após cinco anos é aconselhado uma terceira dose (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Em geral, as vacinas são bem toleradas. Os eventos adversos mais comuns são dor e eritema no sítio de aplicação. A apresentação desses eventos é breve. Além disso, a febre é incomum e as reações alérgicas graves são muito raras. Também, há registro da manifestação do fenômeno de Arthus, especialmente, ao fazer a revacinação com a VPP23 (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Em caso de doença febril aguda, a imunização deve ser adiada. Ademais, a vacina é contraindicada se o paciente já teve uma reação anafilática a algum componente ou após a aplicação da vacina (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Atualmente, a VPP23 é disponibilizada gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde somente para os idosos residentes em instituições de longa permanência e grupos com alto risco. A VCP13 e a VPP23 podem ser encontradas nos serviços privados de vacinação (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).



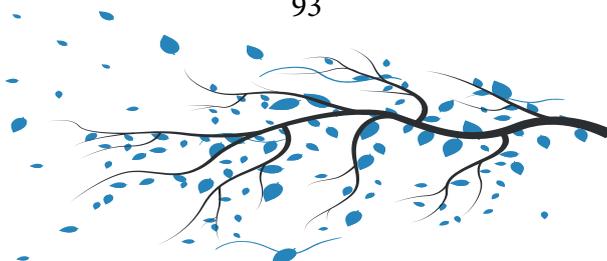
VACINAS HERPES ZÓSTER

No Brasil, existem duas vacinas de herpes zóster aprovadas pela Anvisa: a atenuada e a inativada. No presente momento, ambas ainda estão disponíveis apenas em serviços privados de vacinação (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

VACINA HERPES ZÓSTER (ATENUADA)

Seu nome comercial é Zostavax® e é indicada principalmente porque se mostrou capaz de reduzir a ocorrência de Herpes Zóster (HZ) e Neuralgia pós-herpética. Desde 2014 está licenciada pela Anvisa para pessoas acima de 50 anos. No entanto, a HZ atenuada é indicada de rotina para pessoas imunocompetentes acima de 60 anos independentemente se houve ou não HZ antes da administração. Caso o paciente tenha histórico de HZ, faz-se necessário estabelecer um intervalo mínimo de seis meses a um ano entre o fim da manifestação da doença e a dose. Além disso, é válido ressaltar que não é preciso determinar se a pessoa tem história pregressa de varicela para indicar a vacinação (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

A HZ atenuada é de dose única e sua via de administração é subcutânea. Contém a mesma cepa do VVZ utilizada na vacina varicela, entretanto, a carga antigênica é 14 vezes maior. Cabe destacar que, desde que seja em sítios anatômicos distintos, não há problema se a vacina for administrada concomitantemente com outras vacinas (incluindo as vacinas covid-19) ou medicamentos. Em geral, a aplicação é bem tolerada podendo ocorrer eventos adversos restritos basicamente às reações transitórias no local de aplicação e de intensidade não elevada, como dor, prurido e eritema (GUIA DE



VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

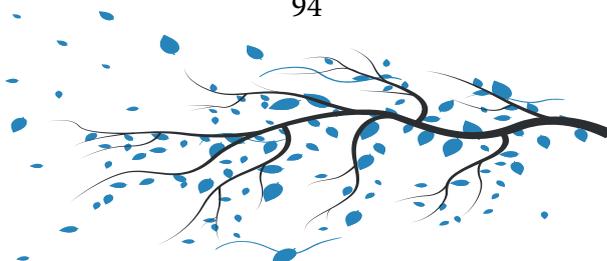
No que tange às precauções, a vacinação deve ser postergada na presença de doença febril aguda. Recomenda-se um intervalo de no mínimo seis meses, de preferência um ano, entre o episódio de doença febril aguda e a administração. Quanto às contraindicações, a HZ atenuada é desaconselhada tanto naqueles com história de anafilaxia a algum dos componentes da vacina quanto nos indivíduos com imunodeficiência grave causada por doença ou decorrente de algum tratamento (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Os pacientes em uso de drogas imunossupressoras, imunoglobulinas e até mesmo transfusões sanguíneas demandam mais cuidado no que se refere ao melhor momento para a aplicação dessa vacina de vírus atenuado. Outro ponto importante é que ainda não existem dados suficientes para indicar ou contraindicar a vacinação em pacientes que já tiveram herpes zóster oftálmico (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

VACINA ZÓSTER RECOMBINANTE (INATIVADA)

A vacina zóster recombinante (VZR) , cujo nome comercial é Shingrix®, passou a ser comercializada no Brasil em junho de 2022. Devido à eficácia e segurança demonstrada em estudos, a VZR é indicada para pessoas com 50 anos ou mais e para aquelas com imunocomprometimento, a partir de 18 anos de idade (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Diferentemente da HZ atenuada, essa vacina pode ser usada independentemente do histórico de varicela ou vacinação contra a doença. Trata-se de uma vacina administrada por via intramuscular com esquema de duas doses com intervalo de 2 meses entre elas. Embora seja permitido um inter-



valo mínimo de quatro semanas entre as doses, sendo desaconselhado um intervalo menor que esse. A VZR é inativada, constituída da glicoproteína E recombinante, um antígeno importante do VVZ, em combinação com o adjuvante AS01 (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

No tocante às precauções que devem ser tomadas nos pacientes imunocomprometidos (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023):

1) Pacientes com transplante de medula óssea: administrar a vacina de seis a 12 meses após o transplante. De preferência, dois meses antes da descontinuação da medicação imunossupressora.

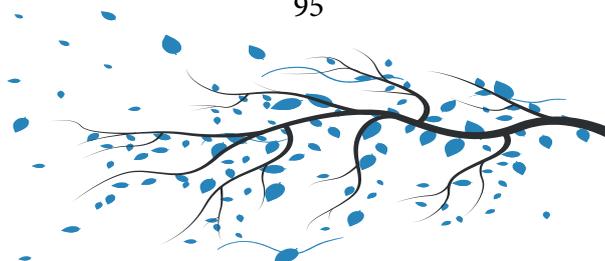
2) Transplantados de órgãos sólidos: é indicado o uso da vacina antes do transplante. Se a vacinação prévia não for viável, recomenda-se aguardar de seis a 12 meses após o procedimento, de preferência quando a dosagem for de manutenção, ou seja, a dosagem das drogas forem baixas e na ausência de rejeição do órgão transplantado.

3) Pacientes com câncer: quando possível, administrar a vacina antes do início da quimioterapia, tratamento com imunossupressores, radioterapia ou esplenectomia. Caso não haja viabilidade, vacinar no melhor momento para o paciente.

4) Pacientes em uso de anticorpos monoclonais: a vacina deve ser administrada pelo menos quatro semanas antes da próxima dose.

5) Pacientes vivendo com HIV/Aids: pacientes com estado imune pior e HIV mais avançado têm maior risco de zóster. Nesses casos, cabe ao médico avaliar o melhor momento para a vacinar. Em contrapartida, pacientes que estiverem com bons níveis de linfócitos CD4 e carga viral do HIV sob controle terão uma resposta imune melhor às vacinas em geral. Além disso, o uso de TARV também melhora a resposta imune às vacinas.

6) Pacientes com doenças autoimunes: quando possível, aplicar a vacina antes de iniciar



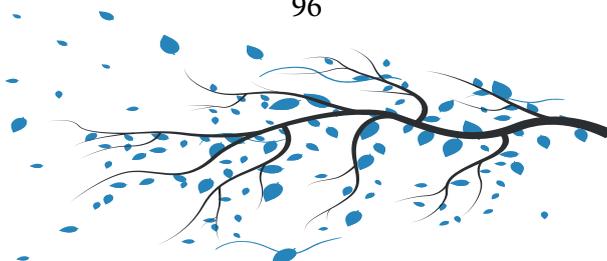
imunossupressão mais intensa.

Por fim, assim como a HZ atenuada, a VZR desde que em sítios anatômicos diferentes pode ser usada simultaneamente com outras vacinas. E seus eventos adversos tais como dor, prurido e eritema geralmente são transitórios, de intensidade não elevada e bem tolerados. Após, a aplicação, pode acontecer reações locais de grau 3 (dor, vermelhidão e edema) além de reações sistêmicas como mialgia, fadiga, cefaleia, tremores, febre e doença gastrointestinal sendo os dois primeiros sintomas mais frequentes (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

VACINA DO TÉTANO, DIFTERIA E COQUELUCHE

Existem três tipos de vacinas: a dT (dupla bacteriana tipo adulto), a dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) e a dTpa-VIP (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto combinada à vacina poliomielite inativada). A dT confere proteção contra tétano e difteria, já a dTpa além de conferir imunização para as infecções citadas anteriormente reduz o risco de coqueluche. Além de reduzir o risco de difteria, tétano e coqueluche, a dTpa-VIP protege contra a poliomielite. Enquanto a dT é ofertada na rede pública, a dTpa e dTpa-VIP estão disponíveis apenas na rede privada (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

As três vacinas são consideradas de rotina para todos os idosos, até mesmo para aqueles com histórico de tétano, difteria ou coqueluche, haja vista que essas infecções não conferem imunidade permanente (em muitos casos inferior a dez anos). Elas podem ser utilizadas em concomitância com outras vacinas e são administradas por via intramuscular desde que seja em diferentes sítios anatô-



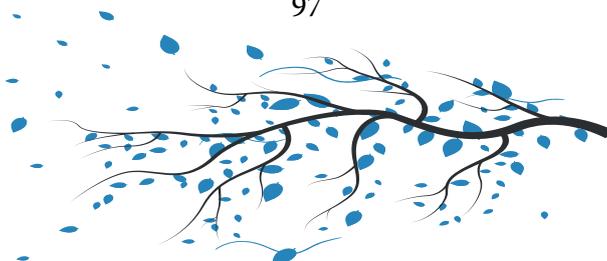
micos. Vale lembrar que é preferível aplicar a dose no deltóide ou no ventroglúteo em detrimento dos glúteos.

VACINA DA HEPATITE B

A vacina é composta por uma proteína localizada na superfície do vírus da hepatite B em estado de purificação e, dessa forma, busca sensibilizar o sistema imunológico do indivíduo, a fim de que, em um possível contato com esse antígeno, o organismo reaja mais rapidamente à infecção. No sistema público de saúde, a vacina pode se apresentar no formato multidose, ou seja, uma ampola será constituída por mais de uma dose. A aplicação pode ocorrer em conjunto com outras vacinas, como as de Covid-19, desde que sejam aplicadas em locais diferentes (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Sua administração é por via intramuscular, preferencialmente nos músculos deltóide e ventro-glúteo, não devendo ser aplicada no glúteo. Obedece, ainda, a um esquema de 3 doses, tendo 1 mês de diferença entre a primeira e segunda dose e 6 meses de intervalo entre a primeira e a terceira. É importante ressaltar que pacientes com imunossupressão ou doença renal crônica devem ser submetidos a uma dose extra da vacina, a qual deve ocorrer dois meses depois da primeira dose, totalizando quatro doses (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Entre os seus possíveis efeitos colaterais, pode-se citar edema, rubor e dor no local da aplicação, além de dor de cabeça e sensação de mal-estar. Destaca-se, por fim, que os pacientes que estejam apresentando febre, bem como aqueles com histórico de reação anafilática à vacina, não são candidatos para recebê-la (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).



VACINAS CONTRA O COVID-19

1) INSTITUTO BUTANTAN/ SINOVAC (CORONAVAC)

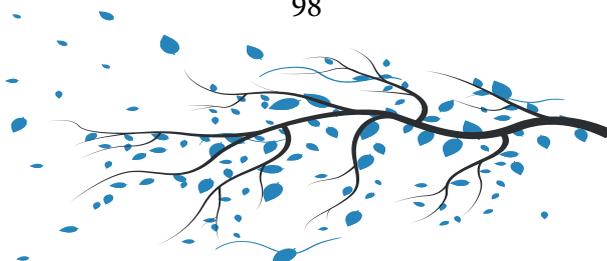
Vacina cujo mecanismo de ação baseia-se na utilização de vírus mortos ou enfraquecidos com o intuito de induzir o sistema imunológico do paciente a produzir anticorpos contra esse tipo específico de patógeno (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

FIOCRUZ/ UNIVERSIDADE DE OXFORD/ ASTRAZENECA (AZD1222) E JANSSEN PHARMACEUTICALS/ JOHNSON & JOHNSON (Ad26.COV2.S)

São vacinas de vetor viral, ou seja, utiliza-se um vírus modificado geneticamente em laboratório para que não tenha a capacidade de se reproduzir, nem cause danos ao organismo. Além disso, uma porção do código genético da COVID-19, especificamente a responsável por produzir a proteína S, é adicionada ao vetor viral. Ao invadir uma célula do corpo humano, o vetor viral entrega o seu material genético a ela, induzindo-a a expressar a proteína S em sua superfície. Dessa forma, o organismo reconhecerá essa célula como um corpo estranho e começará a produzir anticorpos contra ela sem ter a necessidade de entrar em contato com o vírus da COVID-19 propriamente dito e desenvolver a doença (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

PFIZER/ BIONTECH (COMINARTY)

Vacina composta por RNA mensageiro do vírus da COVID-19, o qual carregará informações



para a produção da proteína S. A partir disso, tal partícula induzirá as células do corpo humano a expressarem, em suas superfícies, a proteína característica do coronavírus, fazendo com que o sistema imunológico reaga com a produção de anticorpo, mesmo sem ter ocorrido uma infecção pelo vírus da COVID-19 propriamente dito (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

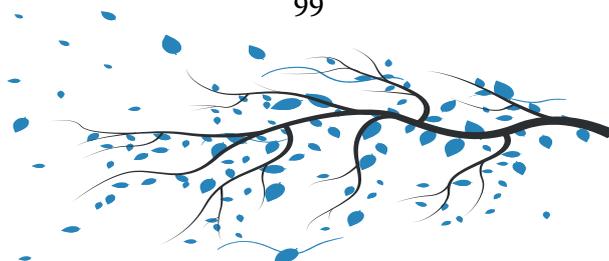
VACINAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

VACINA DA FEBRE AMARELA

O PNI recomenda a vacinação contra a febre amarela em todo o território nacional. Em virtude do registro em idosos de doença viscerotrópica associada à vacina – evento adverso raro, porém grave, que ocorre com mais frequência após a primeira dose –, a recomendação a esses pacientes deve ser feita após a avaliação do risco epidemiológico (possibilidade de contrair a doença) versus o risco de viscerotropismo pela vacina (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

Deve ser administrada (via subcutânea) uma dose única da vacina, para não vacinados previamente e após avaliação de risco-benefício. De acordo com o risco epidemiológico, uma segunda dose pode ser considerada devido à possibilidade de risco de falha vacinal. Não há consenso sobre a duração da proteção conferida pela vacina (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

No Brasil, estão disponíveis duas vacinas: a produzida por Bio-Manguinhos/Fiocruz, utilizada pela rede pública, e a produzida pela Sanofi Pasteur, utilizada pelos serviços privados de vacinação e eventualmente pela rede pública. A vacina é disponibilizada nas redes pública e privada, e pode ser administrada simultaneamente com outras vacinas – incluindo as de covid-19 – ou medicamentos, desde que em diferentes sítios anatômicos (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG,



2023).

VACINAS MENINGOCÓCICAS CONJUGADAS ACWY OU C

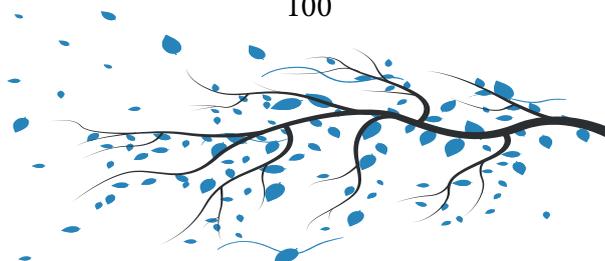
São vacinas de dose única indicadas para indivíduos que vão viajar para áreas de risco, pessoas com comorbidades que aumentem as chances individuais de desenvolver a doença como, por exemplo, imunossupressão e asplenia, e em casos de surtos (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023) .

VACINA HEPATITE A

É uma vacina de duas doses separadas entre si por um intervalo de seis meses. Indica-se, também, para indivíduos que vão viajar para áreas de risco, pessoas com comorbidades que aumentem as chances individuais de desenvolver a doença como, por exemplo, imunossupressão e hepatopatia, e em casos de surtos (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

VACINA DA HEPATITE A E B

Devem ser administradas, quando recomendadas as duas vacinas, administrando três doses, no esquema 0 - 1 - 6 meses (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).



VACINA TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA)

É uma vacina de dose única e recomendada a critério médico, já que indivíduos idosos não possuem alta susceptibilidade para desenvolver tais enfermidades. Alguns parâmetros que podem servir de base para a sua indicação são os mesmos utilizados para outras vacinas especiais, ou seja, viagens para áreas de risco e em casos de surtos. É importante ressaltar que possui contraindicação para indivíduos imunossuprimidos (GUIA DE VACINAÇÃO GERIATRIA SBIM-SBGG, 2023).

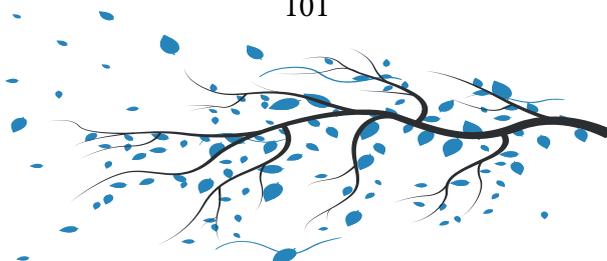
CONSIDERAÇÕES FINAIS

As imunizações são medidas essenciais para a prevenção de doenças infecciosas nos idosos. Tais agravos são responsáveis pelo aumento da morbimortalidade, bem como maior declínio funcional na população geriátrica. Dessa forma, as vacinas são alternativas para prevenir o adoecimento e todas as consequências negativas relacionadas a ele, contribuindo, assim, para promover um envelhecimento mais saudável.

REFERÊNCIAS

FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2022.

Guia de Vacinação Geriatria SBIm-SBGG 2022/23. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2022/10/1664970922_Guia-Geriatria-SBIm-SBGG-4a-ed-2022-2023-220828b-web.pdf.



Capítulo 4

GERIATRIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



Bruno Sutani Barros Cardoso

Bianca Alves de Paiva

Laura Margarida Veiga Pereira

Rafael Tenório Falcão

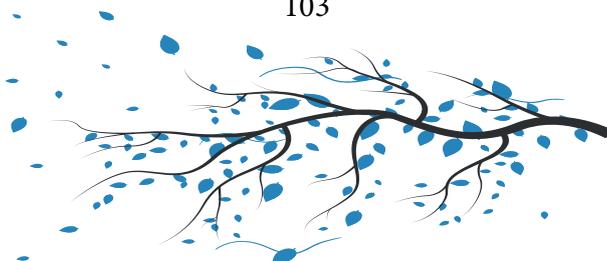
Alexandre de Mattos Gomes

O envelhecimento é um processo universal, irreversível e inexorável. Nesse aspecto, portanto, constitui evento natural da vida humana e representa importante cerne de relações interpessoais e intrapessoais (BRASIL, 2006). No entanto, desde períodos históricos longínquos há uma busca por fórmulas e processos que cessem ou revertam o ato de envelhecer; sendo a prática reverberada nos dias atuais sob a luz da pseudociência e sua consequente mercantilização.

Atualmente, sabe-se que não há “inimigo intrínseco” com a função específica de causar o envelhecimento e a morte, pois, na realidade, estes são processos que ocorrem apesar das vias complexas de manutenção e reparação. Os problemas de saúde relacionados com a idade podem ser melhor enfrentados focando-se nos mecanismos de saúde e na sua manutenção, em vez de na gestão e no tratamento da suposta doença que o envelhecimento seria. Continuar as abordagens de pesquisa orientadas para essa visão de doença é econômica, social e psicologicamente insustentável em comparação com as estratégias preventivas e orientadas para a saúde (REICHARD, 2017; TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2017).

Associada a essa visão de doença, observa-se a massificação da produção e publicidade de produtos que atuam com a promessa de reverter ou cessar o envelhecimento, a qual se promove em detrimento ao conhecimento científico (ROZENDO, BOUSFIELD, GIACOMOZZI, 2022). Dessa forma, fazendo-se valer das fragilidades sociais que vislumbram o envelhecimento por algo negativo, a comercialização desses produtos é fortalecida com a promoção dessa pseudociência, a qual se instaura pela construção da inverossímil narrativa de ser embasada em método científico.

A utilização da pseudociência é um mecanismo incongruente com a prática médica, visto que fere alicerces fundamentais da Ética que rege a profissão. A exemplificação do fato é evidente no tópico XXVI do primeiro capítulo do Código de Ética Médica, que trata dos Princípios Fundamen-

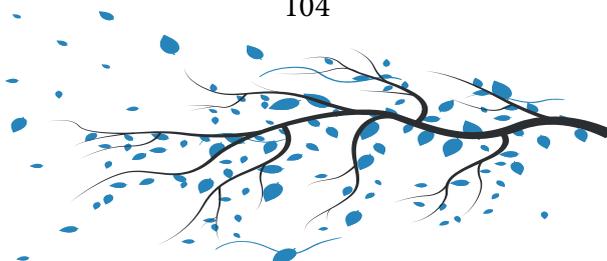


tais, ao trazer que “A medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados”. Sendo assim, é uma ferramenta que traz segurança ao paciente e qualidade na assistência fornecida pelos profissionais médicos, ao reprovar a disseminação e utilização de pseudociência na área (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1990).

A aplicação da medicina embasada em evidências científicas é fundamental para a preservação da saúde e bem estar do paciente. Tal fato se relaciona a um dos pontos que fundamentam a prática médica, com o conceito de “primum non nocere”, almejando que em primeiro lugar não cause mal ao indivíduo que recebe os cuidados. Nesse aspecto, o conhecimento científico se faz indispensável na assistência, ao promover a melhor qualidade de assistência e o menor risco ao paciente (REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Nesse cenário, a geriatria como área médica responsável pelos cuidados com a pessoa idosa e seu envelhecimento deve seguir os mesmos preceitos norteadores citados anteriormente, almejando plena qualidade na assistência (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1990; REGO, PALÁCIOS, SIQUEIRA-BATISTA, 2009). No entanto, nota-se a presença de profissionais da saúde e de indústrias farmacêuticas que se portam de forma antiética, explorando-se da fragilidade da constante busca pelo rejuvenescimento para vender compostos que não apresentam benefícios ou comprovação técnico-científica de resultados (ROZENDO, BOUSFIELD, GIACOMOZZI, 2022).

A esse respeito, a promoção do uso de polivitamínicos difundida na sociedade se faz presente com frequência sob a ótica de ser algo essencial e benéfico para um envelhecimento saudável (MOYER, 2014). Apesar disso, tais afirmações carecem de evidência científica que corrobore o fato, perpetuando-se e se estabelecendo no imaginário popular diante da massificação publicitária em torno dos produtos. Ademais, tem-se a gravidade da propaganda desses produtos acentuada ao se levar

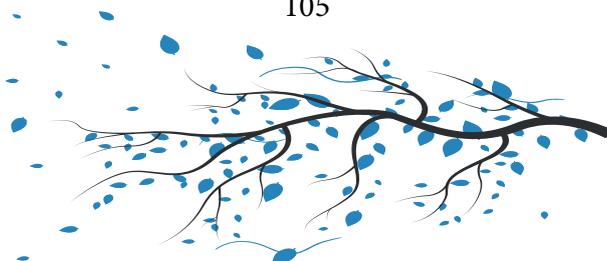


em consideração o problema de saúde pública que reside na prática de automedicação, que diante da promessa de solução rápida e simples de mudança na presente de uma condição vivida, torna-se algo sedutor ao consumo (SOUZA et al., 2021).

A busca por medicamentos e polivitamínicos surgiu da já citada visão que o envelhecimento é um estado de doença que deve ser combatido e prevenido. Esse pensamento se apoia no raciocínio de que o envelhecimento é o principal fator de risco para diversas doenças crônicas, de maneira que prevenindo-o se estaria diminuindo a ocorrência dessas comorbidades. (SIERRA, 2016). Deve-se ressaltar que, em alguns casos, o emprego de polivitamínicos não só se mostraram sem eficácia como, também, trouxeram malefícios à população dos estudos (O'CONNOR et al, 2022).

Destarte, a temática do uso de polivitamínicos sob a ótica de um sinônimo para saúde e um mecanismo de prevenção de doenças pode ser questionada em sua base. Em um estudo de revisão publicado no *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* em 2022, levantou-se a eficácia de polivitamínicos na prevenção de doença cardiovascular e de neoplasia, que constituem o topo das causas de morte nos Estados Unidos da América. Esse trabalho evidenciou que suplementação com vitamina D e E não apresentavam benefícios ou malefícios ao quadro de mortalidade geral. No entanto, ainda que não tragam um malefício direto à saúde do paciente, deve-se levar em consideração a integralidade do cuidado, que tangencia o bem-estar e qualidade de vida do indivíduo, visto que, a falsa promessa trazida pela propaganda massificada dos polivitamínicos induzem ao seu consumo e essa ausência de benefícios faz com que esse uso seja mais um oneroso custo financeiro aos idosos, que, na realidade, não representam uma necessidade (O'CONNOR et al, 2022).

Ainda tratando do artigo publicado no *JAMA*, foi observado que houve malefício quando se abordou beta carotenos (associados ou não à vitamina A), uma vez que trouxe risco aumentado para



o desenvolvimento de câncer de pulmão. Então, nesse cenário trazido, observa-se que, além de não trazer benefícios aos pacientes, tem-se os malefícios do custo financeiro associado ao produto e um aumento na ocorrência de uma condição prejudicial à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

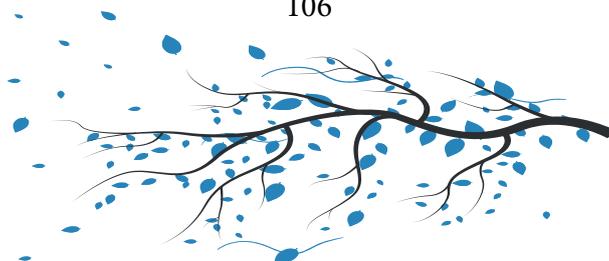
Sendo assim, é imprescindível que o profissional de saúde combata a comercialização de produtos que carreguem pseudociência ao prometerem exímia saúde e ações anti-envelhecimento, principalmente no que diz respeito aos polivitamínicos, visto que além de não trazerem benefícios, podem ocasionar em malefícios a saúde do paciente e representarem custos financeiros à economia doméstica. Nesse contexto, o profissional de saúde deve promover o envelhecimento saudável e, consequentemente, o bem-estar e a qualidade de vida do paciente, fomentando a compreensão acerca das mudanças inerentes ao envelhecimento frente a naturalidade desse processo.

REFERÊNCIAS

FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2022.

REICHARD, Martin. Evolutionary perspectives on ageing. In: Seminars in cell & developmental biology. Academic Press, 2017. p. 99-107.

RATTAN, Suresh IS. Healthy ageing, but what is health?. Biogerontology, v. 14, n. 6, p. 673-677, 2013.



DAVIS, Adrian et al. Aging and hearing health: the life-course approach. *The Gerontologist*, v. 56, n. Suppl_2, p. S256-S267, 2016.

RATTAN, Suresh IS. Aging is not a disease: implications for intervention. *Aging and disease*, v. 5, n. 3, p. 196, 2014.

FULOP, Tamas et al. Are we ill because we age?. *Frontiers in physiology*, v. 10, p. 1508, 2019.

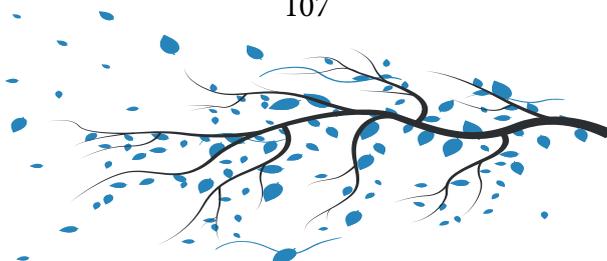
O'CONNOR, Elizabeth A. et al. Vitamin and mineral supplements for the primary prevention of cardiovascular disease and cancer: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, v. 327, n. 23, p. 2334-2347, 2022.

SIERRA, Felipe. Moving Geroscience Into Uncharted Waters: Table 1. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 71, n. 11, p. 1385–1387, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

TEIXEIRA, F.L.S.; CAMINHA, I. O. Saúde exercício e medo de envelhecer: problematizações sobre o antienvelhecimento no discurso de fisiculturistas amadoras. *Motricidade*. 2017; 13: 51-64.

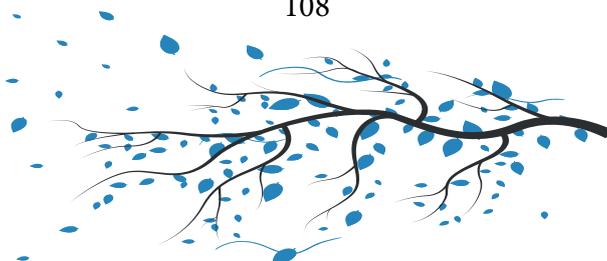
ROZENDO, A.S.; BOUSFIELD, A. B. S.; GIACOMOZZI, A. I. Difusão e propaganda sobre antienvelhecimento na mídia brasileira: um estudo de representações sociais. *Psicologia: ciência e profissão*.



2022; 42: 1-13.

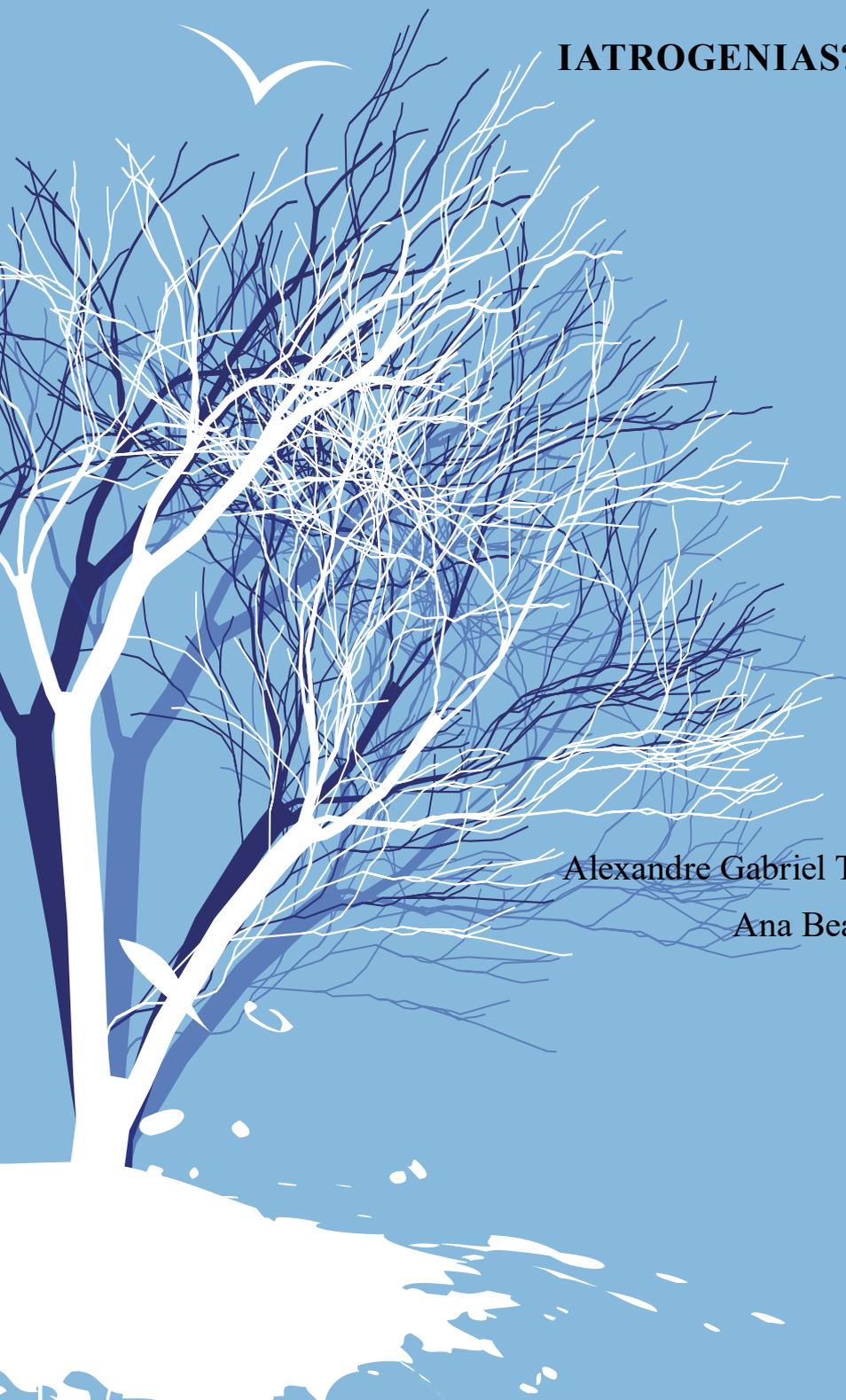
Código de ética médica. Resolução nº 1.246/88. Brasília: Tablóide, 1990. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil).

REGO, S., PALÁCIOS, M., SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética: histórico e conceitos. In: Bioética para profissionais da saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.



Capítulo 5

**FARMACOLOGIA NO IDOSO: COMO OTIMIZAR
AS PRESCRIÇÕES E DIMINUIR OS RISCOS DE
IATROGENIAS?**



Lucas Cardozo Zanardo

Alexandre Gabriel Taumaturgo Cavalcanti Arruda

Ana Beatriz Pereira de Carvalho Brito

Ludmila Belo Ramos da Silva

Jéssika Melo Leão Bezerra

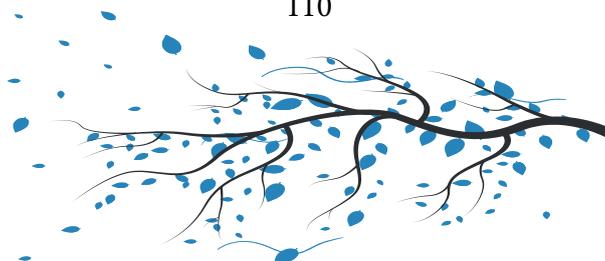
IATROGENIA E ENVELHECIMENTO: QUAL A RELAÇÃO?

Iatrogenia é um termo utilizado para definir qualquer alteração patológica provocada no paciente pela ação do médico, porém, não obrigatoriamente, é considerada um erro médico. Cerca de 90% da população idosa faz uso de pelo menos 1 medicamento por dia e $\frac{1}{3}$ dessa população usa 5 ou mais medicamentos diariamente, o que, indubitavelmente, leva às múltiplas prescrições serem consideradas grandes causadoras de iatrogenia. Em paralelo a isso, o processo de envelhecimento leva a consequências fisiológicas no idoso que influenciam no processo de absorção e funcionamento das drogas, alterando portanto, a farmacodinâmica e a farmacocinética das medicações (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Vale ressaltar que, com o passar do tempo, a reserva funcional reduz progressivamente, sendo chamada de homeostenose, levando, desse modo, a menor tolerância a estressores, quando comparada à população jovem. Além disso, os idosos são frequentemente portadores de múltiplas patologias crônicas, o que acarreta risco aumentado de polifarmácia contribuindo para maior incidência de interações medicamentosas. Portanto, esses fatores, em conjunto, aumentam consideravelmente o risco de iatrogenia na população geriátrica (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

ENTENDENDO IATROGENIA COMO UMA SÍNDROME GERIÁTRICA

Pode-se considerar que os idosos estão mais suscetíveis ao acometimento de efeitos adversos em virtude do aumento do uso de medicações e características do próprio envelhecimento. Na geriatria, cinco grandes síndromes geriátricas ou os 5 I's, que são: insuficiência cognitiva, instabilidade



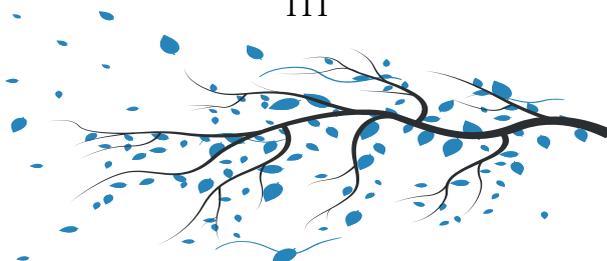
postural, imobilidade, incontinência e por fim, a iatrogenia (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Os medicamentos são grandes causadores de descompensação de doenças de base na população idosa. Esse fato, pode ser exemplificado pelo “Fenômeno do Iceberg”, no qual múltiplas doenças crônicas coexistem, de forma simultânea, que por vezes só se tornam aparentes quando causam complicações agudas, como por exemplo, doenças neurológicas, demência, distúrbios genito-urinários, doenças cardiovasculares, respiratórias ou do aparelho digestivo. Da mesma forma, algumas drogas indicadas para o tratamento de patologias específicas, podem gerar o aparecimento ou agravar outras doenças (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Nas últimas décadas, foram realizados estudos que demonstraram a dimensão da ocorrência de iatrogenia entre os idosos. De acordo com um estudo realizado por Carvalho e colaboradores e divulgado na Revista de Saúde Pública, evidenciou-se que cerca de 30 a 40% dos idosos institucionalizados sofrem iatrogenia em algum momento e cerca de 43% dos idosos hospitalizados sofrem iatrogenia, seja ela diagnóstica, terapêutica ou por complicações do internamento, como lesão por pressão e quedas. Um outro estudo realizado com 30 mil prontuários médicos em 51 hospitais de Nova York, publicado pela Harvard Medical Practice Study, demonstrou que pessoas com mais de 65 anos têm 3 vezes mais chances de sofrer algum tipo de iatrogenia ao longo da vida (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

ALTERAÇÕES DA FARMACODINÂMICA E DA FARMACOCINÉTICA NO IDOSO

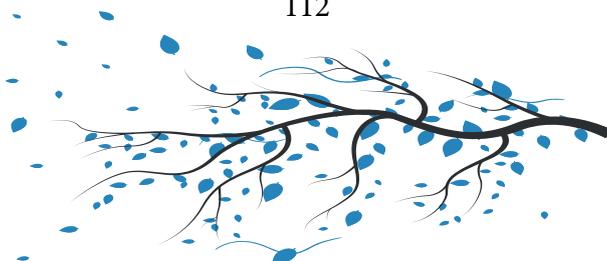
Em idosos, as prescrições de medicamentos devem ser realizadas com muito cuidado, tendo



em mente as alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas que ocorrem com o envelhecimento. Define-se farmacocinética o conjunto de processos e etapas sofridas pelo fármaco após sua administração, abrangendo a absorção, distribuição, metabolismo e excreção (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Do ponto de vista clínico, as alterações farmacocinéticas de absorção não são muito frequentes e não acarretam, na maioria das vezes, sérias complicações. Todavia, em casos específicos, como doença diverticular, gastrectomia prévia, estenose pilórica, pancreatite e síndromes de má absorção, os impactos são mais evidentes. Assim, alguns problemas como a dificuldade de deglutição, o uso de sonda nasointestinal, gastro ou jejunostomia, aumento do tempo de esvaziamento gástrico e esofágico, diminuição da secreção ácida, natural ou causada por medicamentos e diminuição das vilosidades absorptivas, são alterações que interferem de forma mais importante em substâncias e fármacos que dependem de transporte ativo para absorção intestinal como glicose e vitamina B12. Entretanto, felizmente, a maioria dos medicamentos são absorvidos nessas vias por transporte passivo, que apresenta baixo grau de evidências quanto às alterações relacionadas ao envelhecimento (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Em relação a distribuição, deve-se dar atenção especial quanto ao aumento do tecido adiposo em aproximadamente 30% e à redução da água corporal total em até 15%. Assim, fármacos hidrofílicos como alguns antibióticos tendem a apresentar menor volume de distribuição corporal nos idosos, acarretando aumento da concentração plasmática. A redução do volume de distribuição desses medicamentos é compensada pela perda do clearance renal durante o envelhecimento, acarretando baixos efeitos sobre a meia-vida de eliminação desses fármacos. Além disso, observa-se o oposto em fármacos lipofílicos, como drogas psicoativas e opióides, cujo volume de distribuição eleva-se



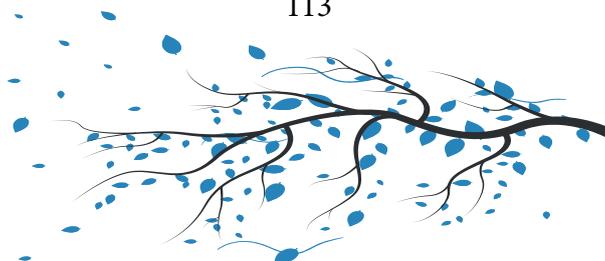
progressivamente com a idade. Indubitavelmente, se há aumento da distribuição do medicamento, a meia-vida de eliminação medicamentosa também se prolonga, o que ocasiona um maior tempo para a perda total dos efeitos da medicação (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Ressalta-se que a diminuição do fluxo esplâncnico e a redução plasmática de algumas proteínas, como a albumina é um fator importante na distribuição dos medicamentos. Mesmo não havendo alterações de concentração sérica da albumina relacionadas com o envelhecimento normal, ela sofre reduções significativas em idosos desnutridos e com síndrome de fragilidade (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

O metabolismo hepático sofre alterações com o envelhecimento, levando a dificuldade em metabolizar certos medicamentos, principalmente em idosos não saudáveis. Fatores como a diminuição dos hepatócitos, que relaciona-se com a redução progressiva do volume hepático em até 30% durante o processo de envelhecimento, resulta em queda significativa de sua depuração.

Com relação ao grau de depuração hepática (DH) os fármacos são classificados em três grupos: (1) alto, como propranolol e lidocaína; (2) intermediário, como AAS, codeína e morfina; e (3) baixo, como carbamazepina, diazepam e varfarina. Quanto maior o grau da depuração, associado a mudanças no fluxo sanguíneo hepático, tornam-se mais difíceis a metabolização e a depuração do fígado. Assim sendo, a progressiva redução do fluxo sanguíneo do fígado durante o envelhecimento afeta proporcionalmente o grau de depuração hepática dos medicamentos (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

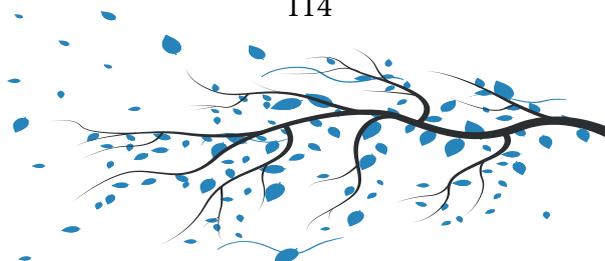
Cabe ressaltar também, que no fígado ocorre um processo conhecido como biotransformação, o qual é dividido em duas fases. Na primeira fase, ocorre a conversão dos medicamentos em metabólitos ativos ou inativos, como a oxidação e a redução, por exemplo. Durante a segunda fase,



se estabelecem graus de polaridade e hidrossolubilidade para facilitar a excreção dessas substâncias. Com o avançar da idade, estima-se que o volume e a atividade do complexo enzimático citocromo P-450 encontra-se reduzido em cerca de 30% e, em consequência disso, há comprometimento da primeira fase, aumentando a concentração sérica de fármacos como benzodiazepínicos e bloqueadores de canais de cálcio (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Além disso, há uma redução da taxa de filtração glomerular provocada pelo envelhecimento em cerca de 10% por década, o que afeta também a depuração de vários medicamentos como, por exemplo, anti-inflamatórios não hormonais, anticoagulantes orais, diuréticos e betabloqueadores hidrossolúveis. Essa redução tem grande valor clínico em relação ao risco potencial de toxicidade do fármaco, principalmente em medicamentos com dose terapêutica estreita. Recomenda-se, em geral, o cálculo do clearance de creatinina sérica pela fórmula de Cockcroft e Gault (1976), que leva em consideração, a idade, o peso, a creatinina sérica e o sexo, sendo o sexo feminino o mais afetado pela redução do clearance de creatinina (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Por fim, temos as alterações da farmacodinâmica, que se define como os efeitos do fármaco no organismo, que, no paciente idoso, depende dos mecanismos homeostáticos e modificações dos receptores e de seus sítios de ação. Desse modo, a redução do fluxo sanguíneo direcionado ao cérebro, por exemplo, decorrente de uma doença ateromatosa prévia interfere na sensibilidade a fármacos de ação no sistema nervoso central, como antidepressivos e benzodiazepínicos, favorecendo quadros de confusão mental, principalmente quando tomados por longos períodos. Além disso, o envelhecimento influencia na interação de medicamentos e receptores, alterando o padrão de resposta aos fármacos, seja pela alteração no número e na afinidade de receptores ou por modulações alteradas nas respostas celulares aos medicamentos (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).



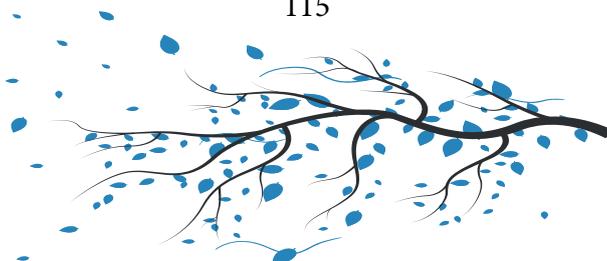
POLIFARMÁCIA - QUAIS AS MELHORES DEFINIÇÕES PARA O TERMO?

O aumento da expectativa de vida trouxe consigo maior número de pessoas com doenças crônicas em nossa população; felizmente a medicina vem avançando e, conseqüentemente, oferecendo tratamento para as múltiplas comorbidades desse grupo de pessoas. É evidente a necessidade de assistência contínua para estes indivíduos, o que requer uma atenção especial para o tratamento medicamentoso complexo que os acompanha (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Diferentes formas de definir a polifarmácia podem ser utilizadas. Pode-se chamar de polifarmácia o uso de 5 medicamentos ou mais simultaneamente, definição mais utilizada pela literatura, todavia, também é definida em relação a prescrição inapropriada ou desnecessária, como uso de pelo menos um medicamento inapropriado ou o uso de mais medicamentos do que necessário para as condições clínicas preexistentes (ELMSTHL e LINDER, 2013).

Apesar da maior utilização da primeira definição em pesquisas e estudos, na prática geriátrica, as últimas definições são mais adotadas, pois o idoso tende a precisar de um número maior de medicações, cabendo ao profissional analisar necessidade, tolerância e custo-benefício dos tratamentos (DINIZ et al., 2020).

A prevalência da polifarmácia é alarmante, mas varia para as regiões em nosso país; destaca-se o estudo de Neves et al., que identificou 11% de polifarmácia nos idosos do estado de Pernambuco (NEVES et al., 2013), bem como o estudo de Silva et al., com 11,7% de polifarmácia nos idosos de todo país, além de uma variação de 0 a 35 medicamentos utilizados pelos participantes da pesquisa (SILVA et al., 2020).



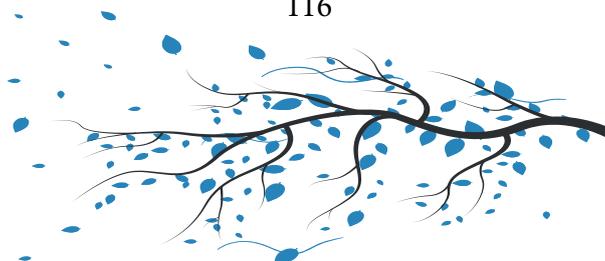
É de extrema importância a avaliação cautelosa e atenta da prescrição para a população geriátrica, visto que a prática de prescrever várias medicações pode gerar uma diversidade de problemas, como a não adesão, a existência de efeitos adversos durante o tratamento e o risco da utilização de medicamentos inadequados, o que inclui interações medicamentosas e duplicação de terapia (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

O QUE SIGNIFICA MEDICAMENTOS INAPROPRIADOS PARA IDOSOS?

O idoso passa por alterações fisiológicas em seu organismo que afetam a farmacodinâmica e a farmacocinética dos medicamentos, o que faz com que algumas categorias se tornem inadequadas para essa população. A medicação é inapropriada para o idoso quando o risco alto de efeitos adversos não supera os benefícios da utilização do medicamento, bem como quando há falta de eficácia terapêutica comprovada por estudos (LUCCHETTI et al., 2011).

As drogas que devem ter o uso evitado são chamados de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPIs) e sua prescrição pode trazer sérias consequências para a população idosa pelos seus possíveis efeitos negativos, o que pode agravar a condição clínica basal do indivíduo (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

A prevalência da prescrição incorreta de medicamentos inapropriados em idosos varia de 11,5% a 62,5%, dependendo do grupo de pacientes, do país do estudo e do critério adotado. Diante disto, é importante destacar que alguns MPIs são prescritos com maior frequência na prática clínica, entre eles destacam-se: os benzodiazepínicos de meia-vida longa e os anti-histamínicos, que provocam sedação prolongada e, conseqüentemente, aumentam o risco de quedas e fraturas; e os



antidepressivos tricíclicos, os quais têm ação anticolinérgica e podem agravar constipação e retenção urinária em paciente predispostos (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

Três ferramentas de emprego clínico se destacam para estratificar o risco e avaliar a prescrição em pacientes idosos, são elas:

- Critérios de Beers: uma lista extensa de MPIs com alto risco de efeitos adversos. Divide as medicações em 5 categorias: fármacos potencialmente inapropriados para a maioria dos idosos; fármacos que tipicamente devem ser evitados em idosos com certas condições; fármacos a serem utilizados com cautela; fármacos que necessitam de ajuste de dose pela função renal basal; e interações medicamentosas (BEERS et al., 1991).

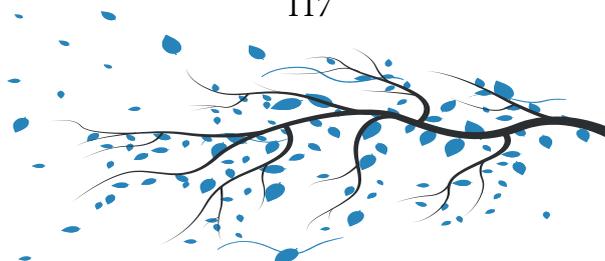
- Inappropriate Prescribing in the Elderly Tool (IPET): Lista os 14 erros mais comuns da prescrição de pacientes hospitalizados por causas agudas (NAUGLER et al., 2000).

- Ferramenta de Screening STOPP/START: Identifica risco de eventos adversos relacionados com a polifarmácia em pacientes hospitalizados (GALLAGHER e O'MAHONY, 2008).

Essas ferramentas auxiliam na identificação de erros de prescrição e seus riscos, por outro lado ainda há poucos estudos que validem ferramentas que auxiliem na “desprescrição” (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022).

ALGUMAS FERRAMENTAS DE PRESCRIÇÃO RACIONAL PARA IDOSOS.

Para evitar a polifarmácia e a prescrição de medicamentos inapropriados existem medidas que o geriatra pode praticar para otimizar e racionalizar a sua prescrição, indicadas pelo Geriatrics at



Your Fingertips:

1- Simplificar a prescrição: deve-se eleger prioridades de medicamentos em um primeiro momento e evitar drogas desnecessárias e sem evidências científicas de benefício. Um exemplo é unir o máximo de medicamentos em um mesmo horário. Tal medida melhora a adesão ao tratamento;

2- Considerar tratamentos não farmacológicos (se possível): alguns casos podem ser muito beneficiados, ou até tratados, através de medidas comportamentais, como delirium, transtorno comportamental e incontinência urinária;

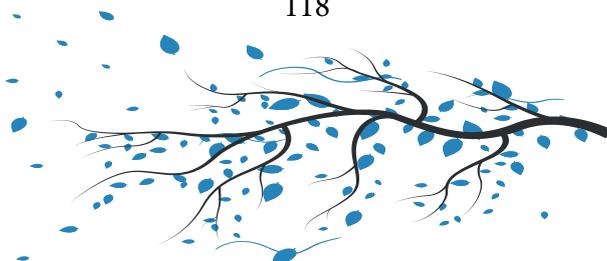
3- Ficar atento às medicações inapropriadas: pode-se utilizar as três ferramentas citadas no tópico anterior;

4- Start Low Go Slow: iniciar a medicação com doses baixas e titular aos poucos, fornece um benefício maior ao idoso e evita doses maiores que a necessária.

5- Revisar os medicamentos regularmente: em cada consulta, as medicações do idoso devem ser revisadas objetivando excluir as desnecessárias, iniciar nova medicação quando necessário ou trocá-las de acordo com os efeitos adversos (DINIZ et al., 2020; FREITAS et al., 2022; REUBEN et al., 2019).

“DESPRESCRIÇÃO”: A ARTE DE FAZER MAIS COM MENOS BASEADO EM EVIDÊNCIAS.

Estima-se que cerca de 20% a 25% das medicações prescritas a idosos são inapropriadas, sendo de extrema importância uma avaliação criteriosa e quando necessário realizar a “desprescrição” das medicações potencialmente inapropriadas. Essa atitude específica deve ser considerada de



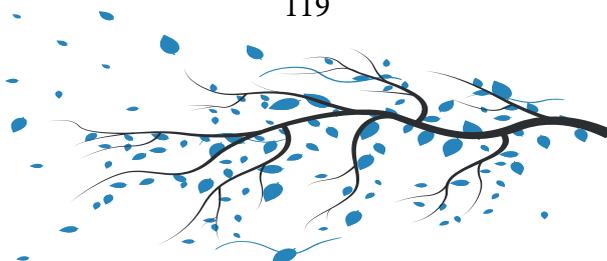
acordo com o aparecimento de alguma das situações clínicas a seguir:

- Síndrome clínica ou sintoma novo que sugere efeitos adversos decorrente dos medicamentos;
- Doença em fase final de vida;
- Quadro demencial avançado;
- Fragilidade extrema;
- Perda total da funcionalidade, dependendo de cuidados de terceiros;
- Pacientes em uso de medicações consideradas de alto risco (opioides, benzodiazepínicos, agente psicotrópicos, anti-inflamatórios não esteroides, anticoagulantes, digoxina, agentes hipoglicemiantes e fármacos com efeito anticolinérgico);
- Medicamentos com risco elevado de interações medicamentosas;
- Pacientes que estejam em uso de agentes profiláticos para condições em que não há benefício a longo prazo (DINIZ et al., 2020).

Existem também os medicamentos que estão mais sujeitos a desprescrição de acordo com o Deprescribing Guidelines Channel: hipoglicemiantes, antipsicóticos, benzodiazepínicos, inibidores de colinesterase, memantina e inibidor de bomba de próton (FARRELL et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O capítulo levanta discussões importantes quanto aos principais aspectos da farmacologia do idoso que promovem uma melhor assistência à população geriátrica. É evidenciado que o processo



de envelhecimento acarreta mudanças fisiológicas que acabam influenciando na farmacocinética e na farmacodinâmica das medicações. Além disso, levando em conta que a população geriátrica, muitas vezes, traz consigo a associação de doenças crônicas que necessitam de tratamento medicamentoso e que a redução gradativa da reserva funcional própria do envelhecimento fazem com que os idosos se tornem mais vulneráveis à iatrogenia.

Nesse contexto, fica claro porque a iatrogenia é considerada uma das síndromes geriátricas uma vez que a polifarmácia e a existência de diversas interações medicamentosas podem ser a causa da descompensação de patologias de base na pessoa idosa.

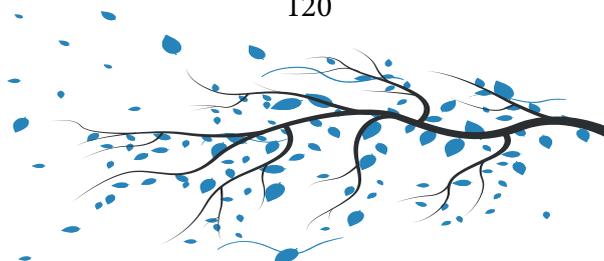
Tendo em vista tais aspectos, informações sobre a farmacocinética e a farmacodinâmica de alguns fármacos são ilustrados bem como ferramentas de estratificação de risco de drogas que podem ser potencialmente inapropriadas para a população geriátrica.

Em suma, demonstra-se a necessidade de ter cautela ao adicionar medicamentos tendo em vista que isso pode se tornar uma faca de dois gumes. Ou melhor, é preciso que os médicos estejam cientes que, paradoxalmente, a intenção de fazer o bem ao paciente pode causar o aparecimento ou agravar outras enfermidades.

REFERÊNCIAS

BEERS, M. H. et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. Arch Intern Med, v. 151, n. 9, pp. 1825-1832, 1991.

ELMSTHL S., LINDER H. Polypharmacy and inappropriate drug use among older people-a systematic review. Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly, v. 5, pp. 1-8, 2013.



FARRELL, B. et al. Deprescribing.org: Deprescribing Channel. In: FARRELL, Barbara et al. Deprescribing.org. Ottawa, Ontario: Bruyère Research Institute, 2015.

GALLAGHER P, O'MAHONY D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age and Ageing*, v. 37, n. 6, pp. 673-679, 2008.

LUCCHETTI, G. et al. Beers-Fick criteria and drugs available through the Farmácia Dose Certa program. *São Paulo Medical Journal*, v. 129, n. 1, pp. 17-22, 2011.

NAUGLER, C. T. et al. Development and validation of an improving prescribing in the elderly tool. *The Canadian journal of clinical pharmacology*, v. 7, n. 2, p. 103-107, 2000.

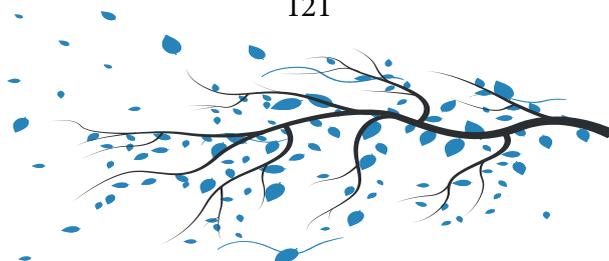
NEVES, S. et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 759-768, 2013.

REUBEN, D. et al. *Geriatrics at your fingertips*. 21ª edição. [S. l.]: American Geriatrics Society, 2019.

DINIZ, L. R. et al. *Geriatria*. 1ª edição. Pernambuco: Editora Medbook, 2020.

SILVA, I. R. et al. Polypharmacy, socioeconomic indicators and number of diseases: results from EL-SA-Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, p. e200077 2020.

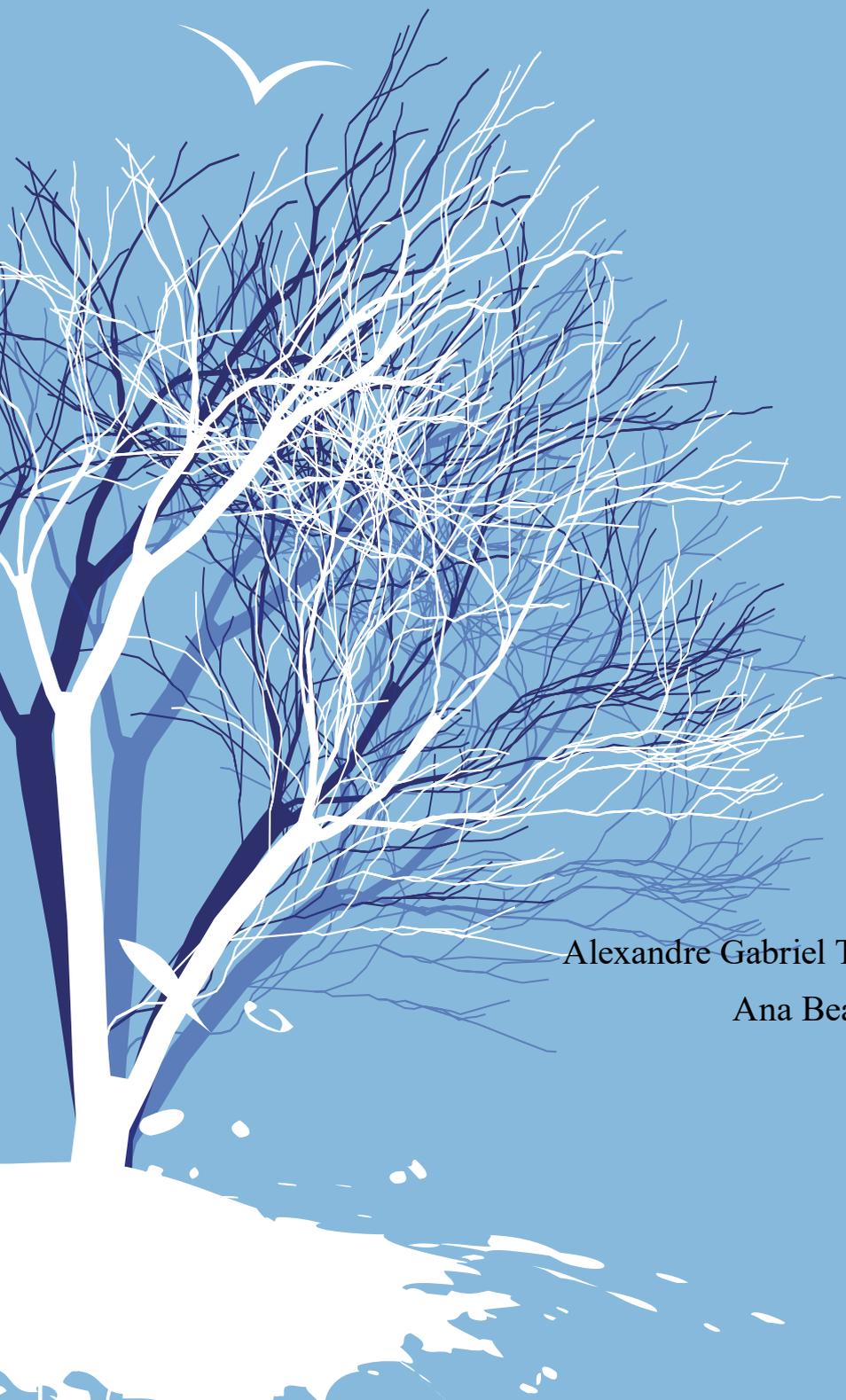
FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.



Capítulo 6

MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS NOS IDOSOS DE DOENÇAS

COMUNS



Lucas Cardozo Zanardo

Alexandre Gabriel Taumaturgo Cavalcanti Arruda

Ana Beatriz Pereira de Carvalho Brito

Ludmila Belo Ramos da Silva

Jéssika Melo Leão Bezerra

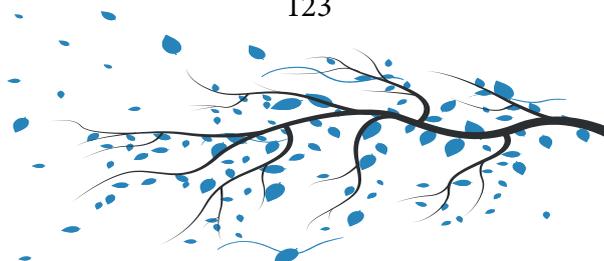
A transição demográfica possibilitou o aumento gradual da expectativa de vida das pessoas, fato que levou a um incremento no número de idosos, especialmente no grupo dos chamados muito idosos (com 80 anos ou mais). A população geriátrica apresenta o processo de senescência, gerado por modificações fisiológicas do envelhecimento, além do processo de senilidade, composto por alterações provocadas por doenças associadas a perdas funcionais significativas (RAMPAZZO; ANDRADA, 2021).

Ambos podem promover:

- Interação entre doenças crônicas e agudas.
- Múltiplas queixas sem que exista uma que domine o quadro clínico.
- Queixa principal que pode ser explicada por diversas doenças.
- Doença que pode mascarar, agravar ou desencadear outras manifestações.
- Mudanças no limiar de dor.
- Incapacidade em manter a homeostase.
- Redução do reflexo da tosse.
- Redução da atividade do sistema imunológico.
- Manifestações distantes do órgão acometido.
- Doença pouco sintomática.

Assim, a elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas somada à decorrência de pluripatogenia é o que nos direciona para a presença de sinais inespecíficos no idoso. Devido a gama de alterações, fisiológicas ou não, as diferentes patologias podem apresentar manifestações:

- Clássicas.

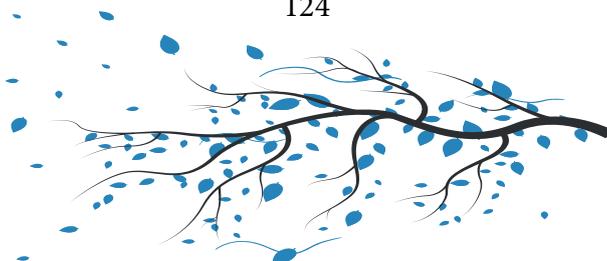


- Silenciosas.
- Pseudo Silenciosas.
- Atípicas

As manifestações atípicas, ou seja, diferentes dos padrões clássicos estudados nos adultos, são frequentes entre os idosos. Destaca-se, a seguir, uma série de alterações clínicas inespecíficas que podem indicar doenças graves na população geriátrica:

Mudanças cognitivas e delirium
Sensação inespecífica de desconforto
Astenia
Anorexia
Quedas recorrentes
Perdas na capacidade funcional e em atividades da vida diária
Instalação de incontinência urinária
Taquipneia
Alterações de $\pm 2^{\circ}\text{C}$ da temperatura basal

Exames laboratoriais também podem apresentar resultados alterados mesmo na ausência de patologia, assim como, pacientes com múltiplas manifestações sintomáticas podem apresentar exames laboratoriais não condizentes com o seu quadro clínico, a exemplo, de ausência de leucocitose importante em pacientes com infecções graves. Dessa forma, é essencial que na prática clínica, os profissionais de saúde tenham a habilidade em identificar manifestações atípicas de doenças comuns,



com o objetivo de realizar de forma precoce a intervenção adequada, pois menos de 50% dos idosos relatam sintomas em geral correlacionados com determinadas doenças (HOFMAN ET AL., 2017).

RECOMENDAÇÕES DE ABORDAGEM NA PRÁTICA

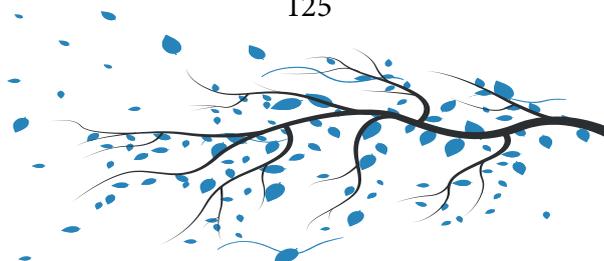
Anamnese: Priorizar uma abordagem baseada no problema e não no diagnóstico, a fim de promover um bom número de diagnósticos diferenciais. É de extrema importância a presença de relatos e informações de familiares e/ou cuidadores, principalmente nos casos em que há relato de declínio cognitivo estabelecido (TOMMASO, 2021).

Exame físico: Deve-se realizar um exame físico minucioso, observando o comportamento do paciente, marcha, equilíbrio, sinais de negligência e maus tratos, sinais indiretos de dor, alterações nos sinais vitais e incontinência esfincteriana. A realização do exame físico em dois momentos permite a observação de possíveis flutuações no quadro clínico do paciente.

Análise crítica das informações: Avaliar a situação atual do paciente e realizar comparativo com contextos anteriores. Importante observar e rever de forma atenta e criteriosa as medicações de uso habitual, bem como a sua forma de administração. E realizar sempre a avaliação geriátrica ampla (AGA), para englobar os aspectos físicos, nutricionais, funcionais, cognitivos, psicológicos e sociais do idoso (FREITAS; PY, 2016).

INFECÇÕES

Na assistência ao idoso é importante estar atento a manifestações agudas e alterações inex-



plicáveis e/ou súbitas de sinais e sintomas. Deve-se dar atenção a astenia, anorexia, quedas, alterações cognitivas e taquipneia, principalmente, na suspeita de quadros infecciosos.

É importante destacar que febre e tosse são menos frequentes na presença de infecção, principalmente, nos muito idosos, em decorrência da redução do reflexo de tosse e das alterações na termorregulação:

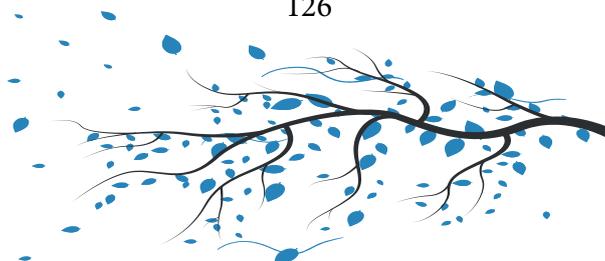
- Menor produção de calor por kg.
- Menor atividade muscular (com menos tremor efetivo)
- Maior proporção de tecido adiposo em comparação com a massa magra.
- Déficit da termogênese central e mediadores inflamatórios (principalmente IL-6 e TNF insuficientes)

Para a avaliação da temperatura corporal dois critérios podem ser utilizados na prática clínica:

1) Critério de Roghmann: calcula a temperatura basal esperada a partir do decréscimo de 0,15°C/década de vida na temperatura basal média. Ex.: A temperatura esperada em um septuagenário é de 36,0°C (GORZONI ET AL., 2010).

2) Critério de Yoshikawa e Norman: em que se considera febre o aumento a partir de 1,1°C da temperatura basal. Ex.: Se a temperatura basal média do paciente for 36,0°C aumentos acima de 37,1°C já são considerados como estado febril (FREITAS; PY, 2016).

O delirium, ou estado confusional agudo, seja hipo ou hiperativo, é uma importante manifestação atípica em infecções nos idosos, sendo essencial a identificação precoce desse sinal de alerta (LÔBO, 2010). Imobilidade e doenças neuropsiquiátricas devem gerar atenção para processo



infeccioso insidioso sem localização clara, de modo a necessitar de busca ativa de lesões por pressão infectadas, assim como, investigar infecções urinárias e respiratórias.

Infecções do sistema nervoso central (SNC), como a meningite, podem apresentar dificuldade diagnóstica em idosos com alterações na coluna vertebral ou doença de Parkinson, já que a rigidez de nuca pode já estar presente de forma habitual nesses pacientes.

PNEUMONIA

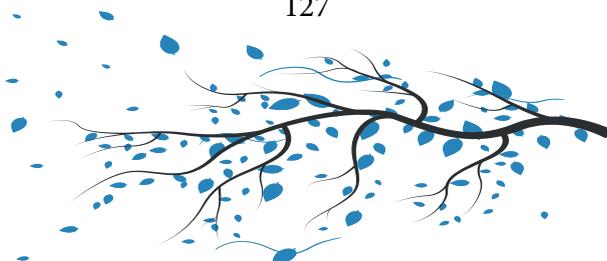
Idosos admitidos em hospital por pneumonia tendem a não apresentar o quadro clássico de febre e tosse visto nos adultos. É importante observar a ocorrência de aumento na frequência respiratória, pois esse é o sinal mais sensível para o diagnóstico de pneumonia (FREITAS; PY, 2022).

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (HIV)

Patologia muitas vezes negligenciada na população geriátrica. Deve-se suspeitar em quadros demenciais de rápida instalação, com sinais localizatórios ou confusionais, uma vez que, é observado o aumento da incidência da doença entre idosos na última década (FONSECA, 2012).

PARASIToses INTESTINAIS

Diagnóstico recorrente em nosso meio, que com frequência provoca anemia, inapetência e emagrecimento nos idosos (FREITAS; PY, 2016).



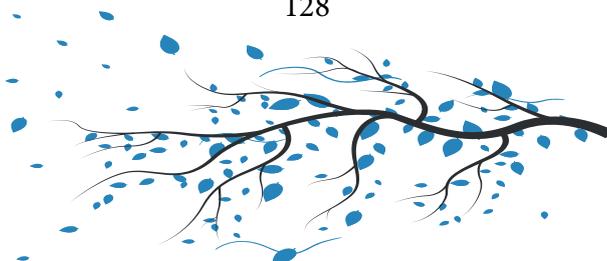
DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A população idosa apresenta um índice elevado de doenças cardiovasculares, que ocorrem pela atuação conjunta de fatores associados ao processo de envelhecimento e aos padrões comportamentais de toda uma vida. Assim como as outras patologias, a doença cardiovascular no idoso apresenta diferentes padrões quando comparada a do adulto jovem e, por vezes, é de difícil diagnóstico. O envelhecimento por si só não leva ao adoecimento, apenas diminui o limiar para o desenvolvimento, além de potencialmente acelerar e intensificar os efeitos da doença, uma vez instalada (TOMMASO, 2021). Em situações de peri-operatório, infecções e uso de medicamentos com efeitos colaterais no sistema cardiovascular, a faixa etária geriátrica passa a estar mais propícia a descompensações cardiocirculatórias.

Da mesma forma, a existência de outras enfermidades que se sobrepõem a essas cardiopatias, como incapacidades físicas decorrentes de quedas prévias ou de osteoartrites em estágio avançado, impedem o idoso de realizar um grau de esforço que pudesse desencadear os sintomas da cardiopatia, como dispneia ou precordialgia, o que explica, em alguns momentos, o atraso no diagnóstico. A seguir, serão mencionadas as principais enfermidades cardiovasculares e suas formas de apresentação no idoso.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Sintomas inespecíficos como confusão mental, depressão, fadiga, perda de peso e imobili-



dade são indicadores de uma possível insuficiência cardíaca. A insuficiência sistólica segue padrão clássico de piora progressiva dos sintomas diurnos e dispneia paroxística noturna. Já na diastólica, o mais comum é o aparecimento súbito dos sintomas. Em casos graves, podemos observar a coexistência dos dois padrões de sintomas (FREITAS; PY, 2016).

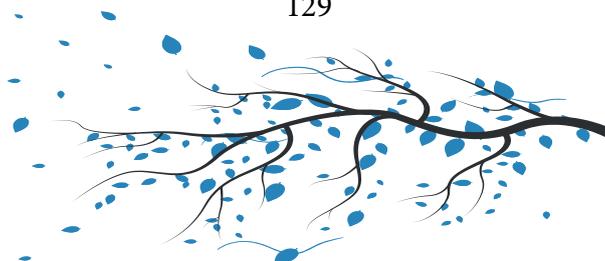
INSUFICIÊNCIA CORONARIANA

A doença arterial coronariana traz a idade como um de seus fatores de risco. Por volta de 60% das mortes decorrentes do infarto agudo do miocárdio ocorrem em idades acima dos 75 anos; essa alta mortalidade é decorrente, em parte, pelas manifestações atípicas da insuficiência coronariana que dificultam seu diagnóstico no idoso, bem como o atraso na busca por cuidados de saúde.

A dispneia súbita ou uma piora sem associação com dor torácica, em muitos idosos, pode ser a primeira manifestação da doença. Outro fato importante é que, devido a redução na sensibilidade visceral em decorrência de processos patológicos e uso de medicações, o limiar de dor pode ser alterado, sendo possível observar em mais de 40% dos casos de infarto do miocárdio em idosos com 70 a 80 anos de idade, eventos clinicamente silenciosos ou com sintomas inespecíficos como vertigem, confusão mental, síncope e epigastralgia (FREITAS; PY, 2016).

ARRITMIAS

Nos idosos a ausculta cardíaca pode ser dificultada pela ocorrência de deformidades torácicas que podem ser próprias do envelhecimento, porém, mesmo diante dessa dificuldade é necessário



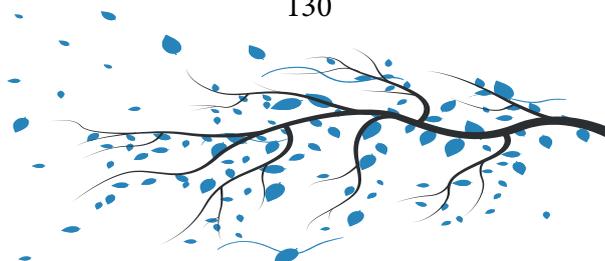
estar atento para a possibilidade de arritmias, como a fibrilação atrial (FA). A FA está presente em aproximadamente 5% dos idosos e pode trazer sérias consequências para o seu estado de saúde. Eventos isquêmicos transitórios ou acidentes vasculares encefálicos podem ocorrer como manifestações iniciais da fibrilação atrial, da mesma forma, essa arritmia pode provocar ausência de sístole atrial, acarretando uma evolução desfavorável nos quadros de insuficiência cardíaca diastólica.

A bradiarritmia também é frequente nos idosos e pode se apresentar de forma intermitente e com manifestações clínicas inespecíficas, como tonturas, síncope e turvação visual. Em casos que a sintomatologia não possa ser explicada por outras causas, como uso de medicamentos ou patologias prévias, deve-se prosseguir investigação com exames complementares, como o Holter de 24hs (FREITAS et al., 2017).

PRESSÃO ARTERIAL (HIPERTENSÃO E HIPOTENSÃO)

O idoso que apresenta aumento em sua pressão arterial deve passar por uma avaliação criteriosa dos medicamentos de uso contínuo, com objetivo de identificar fármacos que possam provocar alteração no valor médio da pressão arterial. Em pacientes com hipertensão arterial de longa data e ausência de lesões de órgão alvo, bem como sintomas de hipotensão ao tratar com doses adequadas e manobra de Osler positiva deve-se lembrar da probabilidade de estar diante de um diagnóstico de pseudo-hipertensão.

A manobra de Osler é dita como positiva quando as artérias radial e/ou braquial são palpáveis mesmo diante de valores pressóricos maiores que o estimado; isso é explicado pelo aumento da rigidez dos vasos, com redução das fibras elásticas e aumento do colágeno que ocorre com o en-

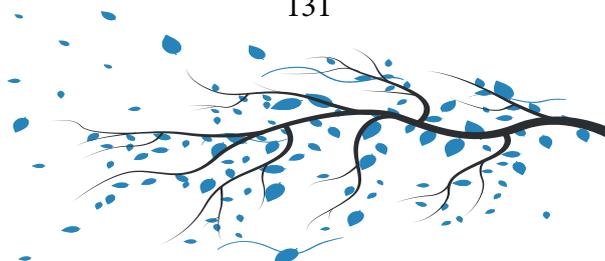


velhecimento. A hipertensão arterial de início recente, com evolução rápida e tratamento refratário pode sugerir hipertensão renovascular. A investigação de doença aórtica, deve ser pensada quando há hipertensão sistólica associada a baixos níveis de pressão diastólica.

Idosos que apresentam tonturas, síncope e quedas devem ser avaliados quanto à possibilidade de hipotensão postural, para isso deve-se aferir a pressão em pelo menos duas posições (sentado, deitado ou em pé). Se houver uma diferença de no mínimo 20 mmHg na pressão sistólica e/ou 10 mmHg na diastólica nas duas posições, associado a sintomas de baixo débito cardíaco, confirma-se o diagnóstico de hipotensão postural (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019).

EMBOLIA PULMONAR

O tromboembolismo pulmonar (TEP) tem a idade avançada como um fator de risco importante, sendo uma das principais causas de morte nos idosos. Nas primeiras 24 horas de instalação, o paciente pode apresentar dispneia, taquicardia e taquipneia, porém, dor torácica, tosse e hemoptise só ocorrem como manifestação primária em um pequeno percentual de idosos. Por outro lado, síncope, cianose, hipoxemia, quedas, delirium e piora funcional surgem com maior frequência. Diante de uma patologia com um quadro clínico tão inespecífico, é importante estar atento aos fatores de risco para realizar o diagnóstico de forma precoce.



Principais fatores de risco para Embolia Pulmonar:

Obesidade
Imobilidade
Neoplasias
Histórico de trombose venosa e/ou embolismo pulmonar prévio
Pós-operatório (até 6 semanas)
Insuficiência cardíaca
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
Traumas nos últimos 3 meses
Viagens prolongadas

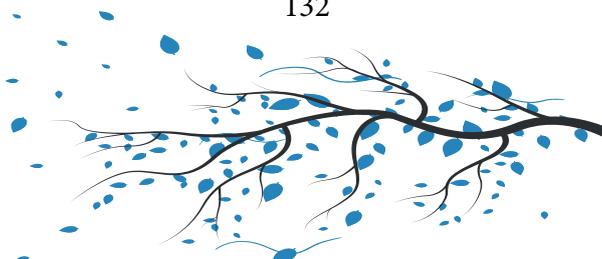
(FREITAS; PY, 2016).

O eletrocardiograma e a radiografia de tórax devem ser solicitados, pois, apesar de pouco específicos para a embolia pulmonar, são úteis para avaliar diagnósticos diferenciais. Gasometria arterial também deve ser feita de rotina, e quando possível, realizar ecocardiograma para avaliação de alterações nas câmaras cardíacas, bem como tomografia de tórax com protocolo para TEP (MA-SOTTI et al., 2008).

ABDOME AGUDO

A dor abdominal é um motivo frequente para a busca por serviço de emergência pelos idosos e apresenta, nessa população, diversas causas. Diante de um problema que pode trazer sérias consequências para a faixa etária geriátrica é importante realizar uma avaliação detalhada e precoce. As principais causas de abdome agudo no idoso são:

- 1) infecção;
- 2) Obstrução mecânica;



3) Doença vascular;

4) Dor abdominal inespecífica (SPANGLER et al., 2014).

A sintomatologia tende a ser pouco específica, sem a presença de febre, por exemplo, nas causas infecciosas de abdome agudo. Observa-se, também, alteração no nível de consciência, confusão mental, dor abdominal difusa, dor torácica, taquipneia, taquicardia, declínio funcional e fadiga. Além disso, o exame físico do abdome pode não apresentar dor à palpação ou sinal de irritação peritoneal.

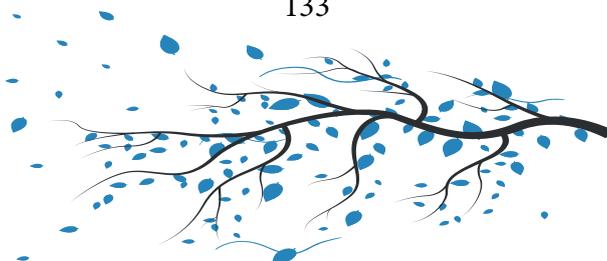
Importante realizar exames complementares como, exames laboratoriais e de imagem, a depender, das principais hipóteses suscitadas pela história clínica e exame físico (SPANGLER et al., 2014).

DOENÇAS ENDOCRINOMETABÓLICAS

DIABETES MELLITUS (DM)

Patologia de alta incidência na população geriátrica que, muitas vezes, só é diagnosticada quando suas sequelas se instalam. Em decorrência do impacto na morbimortalidade que essa doença causa nos idosos é importante realizar rastreio através da glicemia em jejum e hemoglobina glicada, a fim de detectar a doença em estágios iniciais, antes do surgimento de complicações que podem levar a perdas funcionais e impacto na qualidade de vida do idoso.

A apresentação clínica pode ser sem sintomas ou polissintomática, com sintomas atípicos principalmente na presença de histórico de outras doenças. No diagnóstico, os sintomas clássicos, como a poliúria, polidipsia e a polifagia são menos comuns. As apresentações mais frequentes in-



cluem incontinência urinária, infecções urinárias recorrentes, fadiga, perda de peso, tonturas, quedas, declínio cognitivo, depressão, fraqueza muscular, manifestações de neuropatia periférica com lesões de difícil cicatrização, principalmente nas extremidades (pé diabético), bem como, lesões de órgãos-alvo. Pacientes que evoluem com cetoacidose diabética ou estado hiperosmolar podem apresentar delírium ou rebaixamento do nível de consciência como primeira manifestação (FREITAS; PY, 2022).

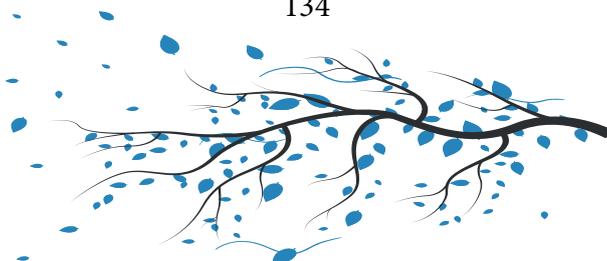
TIREOIDE

As disfunções tireoidianas apresentam diagnóstico, por vezes, difícil e postergado, em decorrência de sintomas atípicos no idoso e da coexistência de polifarmácia e comorbidades. Além disso, há o fato de algumas manifestações serem rotineiramente atribuídas ao envelhecimento fisiológico do idoso, o que dificulta a busca por serviços de saúde.

O diagnóstico é realizado através do quadro clínico e exames complementares, porém, é importante salientar que há com frequência quadros subclínicos e alterações laboratoriais em pacientes eutireoideos decorrentes de outras patologias, os chamados “eutireoideos doentes”(KOULOURI et al.,2013). A seguir serão abordadas as principais disfunções tireoidianas.

HIPOTIREOIDISMO

Possui instalação insidiosa podendo apresentar inicialmente queixas inespecíficas. A principal forma de apresentação é a subclínica, com sinais e sintomas ausentes associados a níveis elevados

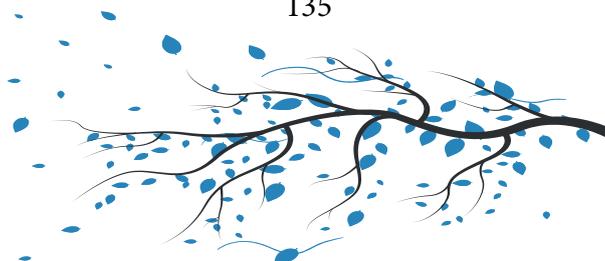


do hormônio tireoestimulante (TSH) com hormônios tireoidianos normais. Os anticorpos antitireoidianos são identificados, porém sua detecção é reduzida com o avançar da idade. O aumento do TSH está associado a queixa de pele seca, perda de memória, lentificação do pensamento, fraqueza muscular, fadiga, câibras, intolerância ao frio, obstipação intestinal e alteração de voz (BRENTA et al., 2013). A presença súbita e inexplicável de níveis elevados de colesterol, constipação intestinal, insuficiência cardíaca congestiva, especialmente quando associada à cardiomiopatia restritiva, e anemia macrocítica, que pode ocorrer como resultado da deficiência de folato por gastrite autoimune e anemia perniciosa, são os principais indícios que podem suscitar a hipótese de hipotireoidismo (FREITAS et al., 2017).

É importante destacar que pacientes com quadro subclínico do hipotireoidismo apresentam maior probabilidade de complicações quando submetidos a situações estressantes, como infecções e cirurgias de grande porte. Manifestações articulares como, poliartralgias e poliartrites simétricas dos joelhos, tornozelos, punhos, metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais são manifestações possíveis no hipotireoidismo, assim como a artrite, dor nos tendões flexores da mão e síndrome do túnel do carpo (FREITAS; PY, 2016).

HIPERTIREOIDISMO

Pode se apresentar de forma mascarada e atípica, sem as características hipercinéticas observadas nos adultos jovens. Essa condição se manifesta com perda ponderal, astenia, depressão, letargia, insuficiência cardíaca, taquicardia, fibrilação atrial e hipotermia (BAHN et al., 2011). O hipertireoidismo pode descompensar diagnósticos prévios de insuficiência cardíaca, doença arterial e



fibrilação atrial, situação na qual o paciente procura o serviço de saúde, sendo de extrema importância suspeitar do hipertireoidismo como uma das causas prováveis da evolução desfavorável (FREITAS; PY, 2022).

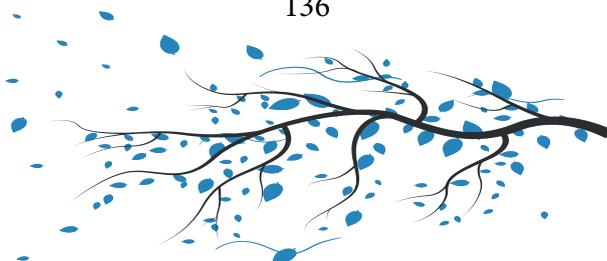
De forma insidiosa e progressiva, a miopatia com fraqueza e atrofia, principalmente de quadril e panturrilha pode estar presente e gerar ou agravar a fragilidade no idoso, promovendo maior risco de quedas e incapacidades. Válido salientar que o hipertireoidismo pode estar associado, também, a osteoporose, acropatia tireóidea, edema e hipocratismo.

PARATIREOIDES

Em 80% dos casos de hiperparatireoidismo, o quadro clínico é assintomático ou com sintomas muito leves, além de evolução lenta e insidiosa. As manifestações inespecíficas incluem fraqueza, fadiga, dificuldade de concentração, déficit cognitivo leve, depressão, apatia e perda de memória. Geralmente decorre de lesões cirúrgicas, radioterapia, intoxicação por metais e efeitos adversos de medicações. A sintomatologia dependerá da rapidez de instalação da hipocalcemia, sendo os espasmos musculares, tetania, parestesias e convulsões predominantes nos quadros agudos (FREITAS; PY, 2016).

NEOPLASIAS

As manifestações de doença consumptiva, como inapetência, perda de peso, fadiga, depressão, anemia, desnutrição, caquexia, fragilidade, quedas e declínio funcional são alguns dos sinais e



sintomas que podem levantar a suspeita de doença neoplásica. Nos idosos, também podemos evidenciar em casos de suspeição de neoplasias alteração no trânsito intestinal de início recente, queixas urogenitais sem causa aparente, tumorações, manifestações clínicas que sugiram compressão de algum órgão ou região nervosa, nódulos em mamas/axilas/região cervical, dores ósseas, aumento do volume abdominal, icterícia e fraturas patológicas (MASS et al., 2007).

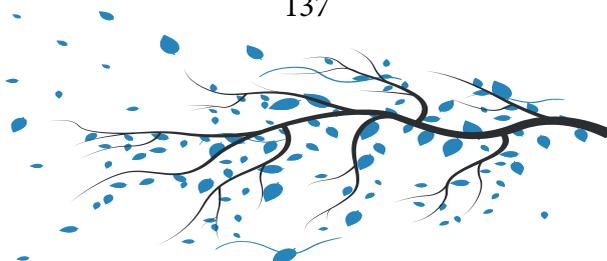
Em muitos casos, devido a manifestações inespecíficas ou atípicas, bem como atraso no diagnóstico, a primeira manifestação da doença pode ser decorrente de metástases e não do tumor primário, que por vezes permanece oculto. É importante destacar que quadros depressivos, síndromes paraneoplásicas (neuropatias, alterações endócrinas e hidroeletrólíticas) e manifestações reumatológicas podem ocorrer antes dos sintomas clássicos decorrentes do câncer (MASS et al., 2007)..

Grande parte das neoplasias têm a idade como fator de risco e com o envelhecimento, alguns tumores não apresentam as suas manifestações comuns, o que leva o diagnóstico ser feito, muitas vezes, em situações de urgência, como hemorragias digestivas e obstrução intestinal aguda, causadas por câncer de estômago e intestino, respectivamente.

Diante disto, é importante buscar o diagnóstico precoce e uma avaliação geriátrica ampla em idosos com suspeita de câncer. Da mesma forma, não permitir que a idade do paciente, por si só, seja impedimento para a realização de rastreio neoplásico e quando realizado o diagnóstico, seja a única barreira para o tratamento adequado (FREITAS et al., 2017).

DOR NO PACIENTE COM DEMÊNCIA

A identificação correta da dor, bem como o tratamento adequado é um grande desafio nos



idosos com demência. No paciente com uma síndrome demencial há maior dificuldade em identificar a dor e sua intensidade, bem como sua real localização, fatores de agudização ou melhora, visto que, nos estágios mais avançados, há dificuldades na linguagem associada a prejuízo importante na cognição.

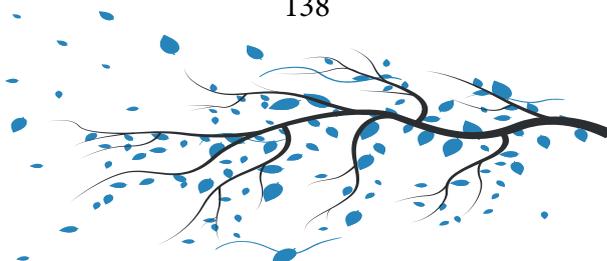
Diante disto, é importante estar atento a sinais indiretos de dor no idoso demenciado, como por exemplo mudança no humor, com maior irritabilidade ou mudanças agudas no comportamento, como agressividade e resistência ao cuidado (FREITAS; PY, 2016).

Para possibilitar uma avaliação mais precisa da dor e sua intensidade em pacientes em estágios avançados de demência foi criada a escala “Pain Assessment in Advanced Dementia” (PAI-NAD), ferramenta de fácil aplicação que se baseia na avaliação de estado fisiológico e comportamento do paciente: respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade, com pontuações que variam de 0 a 2 para cada um dos cinco itens avaliados. Sua pontuação varia de 0 a 10, em que 1 a 3 pontos significa dor leve, 4 a 6: dor moderada e 7 a 10: dor intensa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, abordamos as manifestações atípicas de doenças comuns em idosos, destacando a importância do diagnóstico precoce para a realização do tratamento adequado.

Particularmente em longevos e notadamente em serviços de emergência, o cuidado com detalhes clínicos do paciente representa alto potencial do rápido diagnóstico etiológico e do início do tratamento adequado, reduzindo o período de hospitalização e as taxas de mortalidade e de dependência (FREITAS; PY, 2022).



Nesse sentido, é fundamental que os idosos tenham acesso a uma equipe multidisciplinar de saúde, que possa acompanhar de forma integral a sua saúde e bem-estar. Além disso, os profissionais devem estar atentos à complexidade dos aspectos biopsicossociais envolvidos no processo de envelhecimento, enfatizando o importante papel da anamnese, da AGA e do exame físico para oferecer atendimento com um olhar gerontogerátrico diferenciado.

Em suma, o conhecimento das manifestações atípicas de doenças comuns em idosos é essencial para uma atenção adequada a essa população cada vez mais numerosa e importante em nossa sociedade.

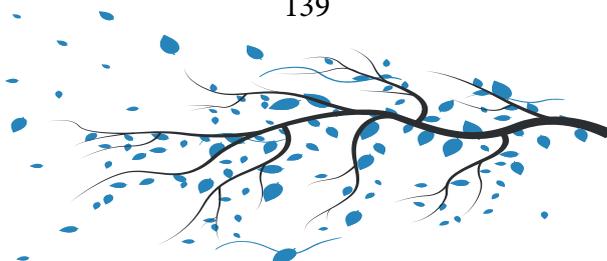
REFERÊNCIAS

DINIZ, L.R.; GOMES, D.C.A.; KITNER, D. Geriatria. [Recurso eletrônico]. MedBook Editora, 2019. 223 p. ISBN 9786557830048. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830048/>. Acesso em: 04 mai. 2023.

FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2016.

FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2022.

HOFMAN, M. R. et al. Elderly patients with an atypical presentation of illness in the emergency department. *Netherlands Journal of Medicine*, v. 68, n. 9, p. 376-381, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28741583/>. Acesso em: 20 abr. 2023.



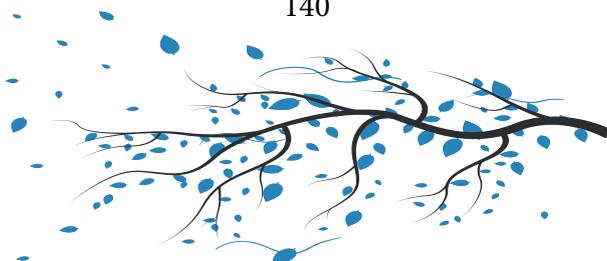
TOMMASO, Ana Beatriz Galhardi D. Geriatria - Guia Prático. Rio de Janeiro. Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788527737586. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737586/>. Acesso em: 04 mai. 2023.

GORZONI, Milton Luiz; PIRES, Sueli Luciano; FARIA, Lílian de Fátima Costa. Temperatura basal em idosos asilados. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 13, n. 1, p. 167-172, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838793002.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2023.

LÔBO, Renata Rabelo; SILVA FILHO, Sidney Roberto Boneti da; LIMA, Nathália Karina Cavalcanti et al. Delirium. Medicina (Ribeirão Preto), v. 43, n. 3, p. 249-257, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/182>. Acesso em: 04 mai. 2023.

FONSECA, Maria de Fátima Pessoa Militão de Albuquerque; TUPINAMBÁS, Uyara Rodrigues; SOUSA, Ana Isabel de Alencar; BAISLEY, Kathy; GRECO, Dirceu Bartolomeu; RODRIGUES, Laura. Profile of patients diagnosed with AIDS at age 60 and above in Brazil, from 1980 until June 2009, compared to those diagnosed at age 18 to 59. Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 16, n. 6, p. 552-557, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjid/a/Hx7FcrQdShtGRmJxqJfRKp-C/?lang=en>. Acesso em: 04 mai. 2023.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il.



FREITAS, Elizabete Viana de; MOHALLEM, Kalil L.; GAMARSKI, Roberto; et al. Manual Prático de Geriatria, 2ª edição. Rio de Janeiro. Grupo GEN, 2017. E-book. ISBN 9788527731843. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527731843/>. Acesso em: 28 abr. 2023.

MASOTTI, L.; RAY, P.; RIGHINI, M. et al. Pulmonary embolism in the elderly: a review on clinical, instrumental and laboratory presentation. *Vasc Health Risk Manag*, v. 4, n. 3, p. 629-636, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515422/>. Acesso em: 07 mai. 2023.

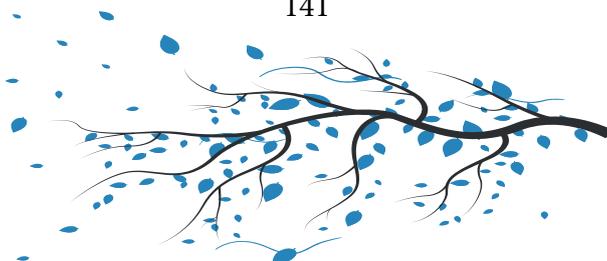
SPANGLER, R.; PHAM, TV.; KHOUJAH, D.; MARTINEZ, JP. Abdominal emergencies in the geriatric patient. *Int J Emerg Med*, v. 7, p. 43, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4306086/>. Acesso em: 28 abr. 2023.

OULOURI, O.; MORAN, C.; HALSALL, D. et al. Pitfalls in the measurement and interpretation of thyroid function tests. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, v. 27, n. 6, p. 745-762, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24275187/>. Acesso em: 01 mai. 2023.

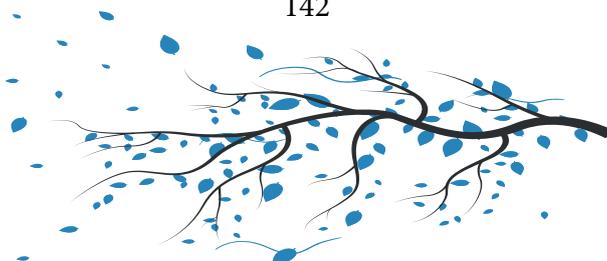
BRENTA, G.; VAISMAN, M.; SGARBI, JA. et al. Clinical practice guidelines for the management of hypothyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metabol*, v. 57, n. 4, p. 265-291, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23828433/>. Acesso em: 02 mai. 2023.

BAHN, RS.; BRUCH, HB.; COOPER, DS. et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. Management guidelines of the American Thyroid Association and American Association of Clinical Endocrinology. *Endocr Pract*, v. 17, p. e3, 2011.

MAAS, HA.; JANSSEN-HEIJNEN, ML.; OLDE RIKKERT, MG.; MACHTELD WY MENGA,

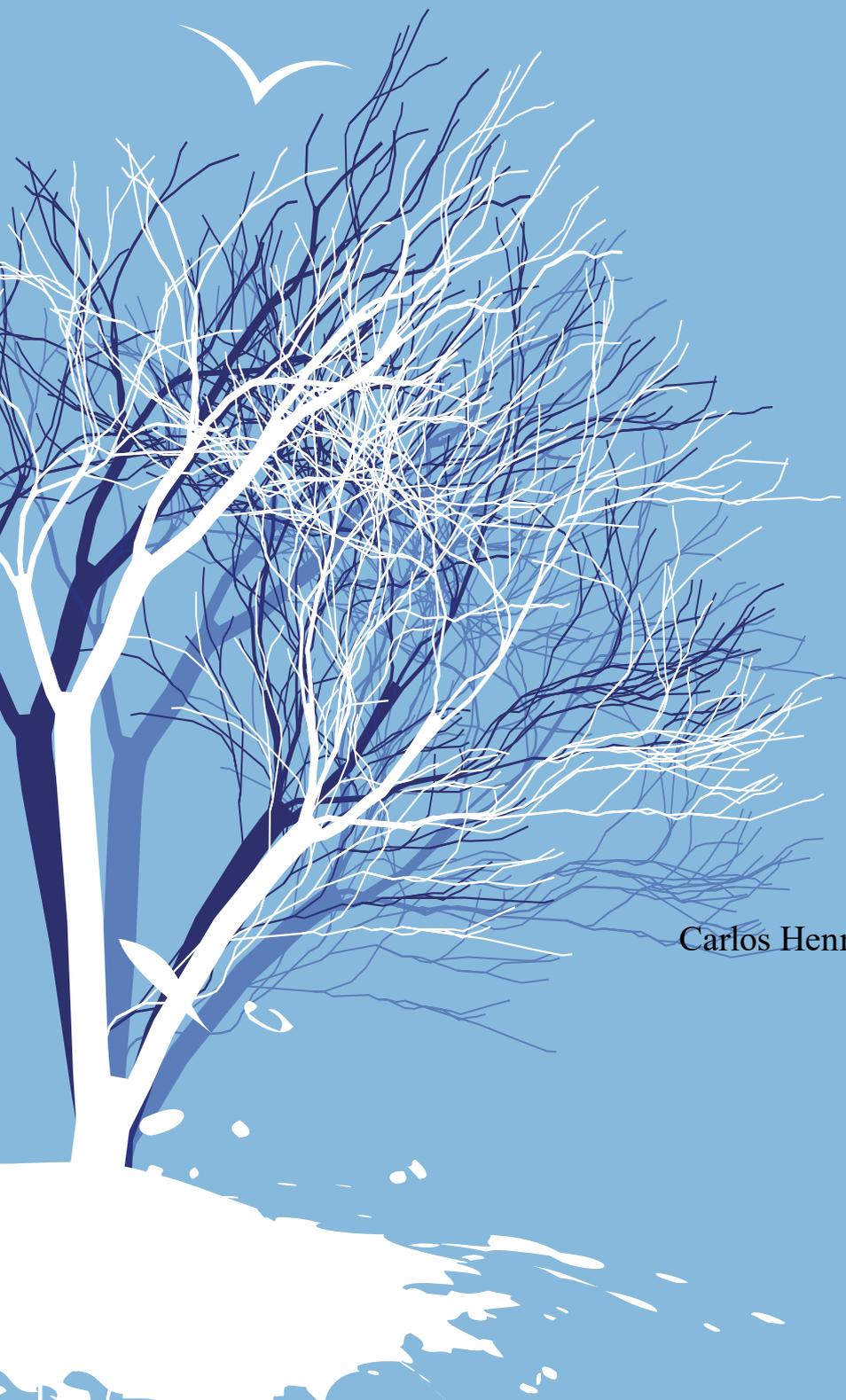


AN. Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology. Eur J Cancer, v. 43, n. 15, p. 2161-9, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769181/>. Acesso em: 02 mai. 2023.



Capítulo 7

**IDENTIFICANDO O IDOSO FRÁGIL E O MANEJO DA
SÍNDROME DA FRAGILIDADE**



Anna Paula Silva Araújo
Carlos Henrique Tavares de Albuquerque

INTRODUÇÃO

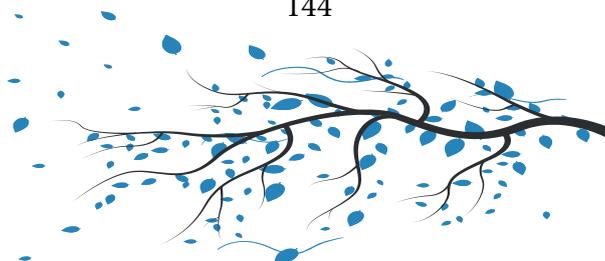
O envelhecimento populacional é um marcador de melhor qualidade de vida ofertada pelos países, seja por acesso à saúde seja pela infraestrutura - incluindo água tratada e saneamento básico - proporcionada (LINCK et al., 2011; LOURENÇO, 2018).

Desse modo, faz-se necessário entender mais sobre esse processo para que diminua a probabilidade de se ter, ao longo do tempo, mais idosos portadores de doenças crônicas e frágeis visto que isso impacta diretamente na qualidade de vida dos idosos e dos cuidadores, e na redução de custos relacionados com o cuidado (LANA et al., 2014; LINCK et al., 2011; LOURENÇO, 2008; MAIA et al., 2020).

O envelhecimento, por sua vez, pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, em que há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, assim como maior prevalência de processos patológicos que demonstram maior incapacidade com as inúmeras perdas, incluindo papel social, renda, autonomia, entre outros. Sendo assim, esse processo gera uma maior vulnerabilidade, o que predispõe ao risco de morbimortalidade (BERGMAN et al., 2007; LANA et al., 2014; LINCK et al., 2011; LOURENÇO, 2008; LOURENÇO, 2018; FREIRE et al., 2017; WOODHOUSE et al., 1997).

Desse modo, entender esse processo é importante para que se consiga organizar protocolos de prevenção e tratamento e, assim, melhorar a qualidade de vida dos idosos e proporcionar uma redução do impacto das doenças crônicas (DA MATA et al., 2016; FRIED et al., 2004; DE FREITAS et al., 2022; VIEIRA et al., 2013; WOODHOUSE et al., 1997).

A síndrome da fragilidade foi, a priori, definida por Woodhouse KW (1997) como a incapacidade

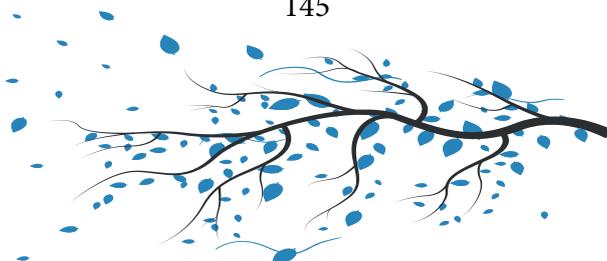


dade de se realizar atividades da vida diária (AVD). Contudo, atualmente, ela é amplamente conceituada como síndrome de declínio espiral de energia, fundamentada pelas seguintes alterações: sarcopenia; desregulação neuroendócrina; e disfunção imunológica (ELIOPOULOS, 2005; GOBBENS et al., 2010). Então, ela é entendida como um estado de aumento de vulnerabilidade fisiológica, associado ao envelhecimento, que reflete alterações fisiológicas multissistêmicas (FRIED et al., 2004; DE FREITAS et al., 2022; LANA et al., 2014; MAIA et al., 2020; ROLFSON et al., 2020; VIEIRA et al., 2013).

Tal fragilidade gera maior risco de dependência, quedas, lesões, hospitalização, institucionalização, recuperação lenta ou ineficaz, mortalidade (DA MATA et al., 2016; FRIED et al., 2004; VIEIRA et al., 2013).

Identificando a fragilidade e suas repercussões, é relevante saber a diferença entre a fragilidade, a incapacidade, a sarcopenia e a caquexia já que tratam-se de condições parecidas. A fragilidade é obrigatoriamente um processo lento e multissistêmico, que independe de diagnósticos etiológicos, o qual gera uma vulnerabilidade de regulação homeostática. A incapacidade pode se instalar de forma aguda e comprometer somente um sistema. A sarcopenia é caracterizada por perda de massa muscular associada à perda de força muscular e diminuição do desempenho físico. A caquexia apresenta-se de forma similar à síndrome da fragilidade - sendo marcada por perda de peso e fadiga -, porém ela é induzida por uma etiologia específica, havendo um processo inflamatório sistêmico identificado que responde pelo aumento do catabolismo (BERGMAN et al., 2007; FRIED et al., 2004; WOODHOUSE et al., 1997; DE FREITAS et al., 2022).

Tendo em vista o esclarecimento dos conceitos deste tópico, serão abordados, para complementar: os fatores de risco e predisponentes; o quadro clínico; as ferramentas diagnósticas; e as condutas terapêuticas.

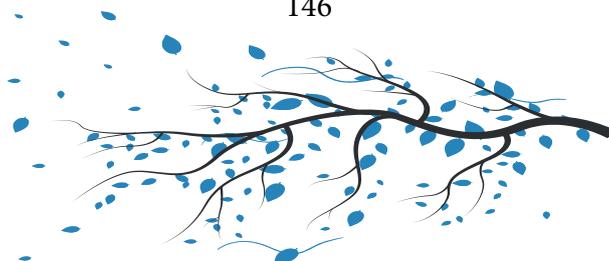


FATORES DE RISCO

- Quedas
- Fatores psicológicos
- Fatores sociais
- Grandes síndromes geriátricas (incapacidade cognitiva, incontinência urinária, instabilidade, imobilidade)
- Polifarmácia
- Sarcopenia
- Má nutrição
- Sedentarismo
- Desenvolvimento de doenças crônicas

FATORES PREDISPONENTES

- Estilo de vida: tabagismo; etilismo; sedentarismo
- Carga genética
- Acúmulo de lesões oxidativas de DNA
- Encurtamento telomérico



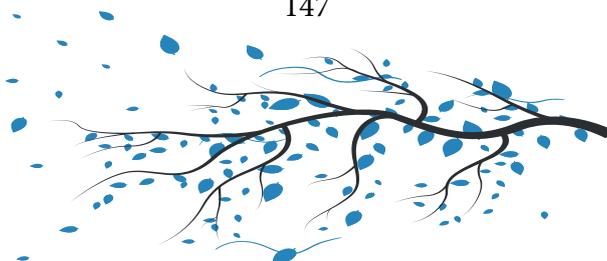
QUADRO CLÍNICO

Como a síndrome da fragilidade apresenta etiologia multifatorial, há uma dificuldade em entender sua fisiopatologia. Portanto, será possível entender a tríade característica dessa condição: sarcopenia; desregulação neuroendócrina; disfunção imunológica (FRIED et al., 2004; DE FREITAS et al., 2022; LOURENÇO, 2008; VIEIRA et al., 2013; DE FREITAS et al., 2022).

Sendo assim, a condição da fragilidade é resultado de uma série de mecanismos, os quais levam à alterações multissistêmicas, levando ao desequilíbrio homeostático. Este, em sua normalidade, tem uma capacidade compensatória contra os estressores. Vale destacar que esses mecanismos, no entanto, estão conectados. Por exemplo: a sarcopenia causa diminuição do gasto calórico, da captação máxima de oxigênio, da força e da tolerância aos exercícios, além do aumento na resistência à insulina (BERGMAN et al., 2007; FRIED et al., 2004; LANA et al., 2014; LOURENÇO, 2008; MAIA et al., 2020; DE FREITAS et al., 2022).

Dentre os sinais e sintomas, destacam-se a fraqueza muscular, fadiga, redução de nível de atividade física e de velocidade de marcha, anorexia, perda de peso não intencional, além da diminuição da ingesta calórica. Podem haver também anormalidades de marcha e equilíbrio, quedas frequentes, sintomas depressivos, alterações sensoriais e cognitivas, e redução da massa óssea (BERGMAN et al., 2007; FRIED et al., 2004; GOBBENS et al., 2010; LANA et al., 2014; LINCK et al., 2011; LOURENÇO, 2008; FREIRE et al., 2017; DE FREITAS et al., 2022).

Essa condição gera má resposta às medidas terapêuticas e aumenta a probabilidade de ineficaz resposta frente a processos infecciosos ou traumáticos (BERGMAN et al., 2007; FRIED et al., 2004; GOBBENS et al., 2010; LANA et al., 2014; FREIRE et al., 2017; VIEIRA et al., 2013; DE



FREITAS et al., 2022).

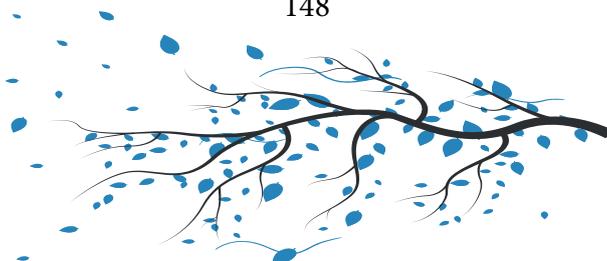
DIAGNÓSTICO

Quanto aos critérios clínicos, destacam-se 5 critérios, propostos por Linda Fried: perda de peso não intencional; exaustão avaliada por autorrelato de fadiga; diminuição da força de preensão manual; baixo nível de atividade física; e diminuição da velocidade de caminhada (FRIED et al., 2004; FREIRE et al., 2017; DE FREITAS et al., 2022).

- 1) Perda de peso não intencional: $\geq 4,5\text{kg}$ ou $\geq 5\%$ do peso corporal no ano anterior
- 2) Exaustão: autorrelato de fadiga, indicado por duas questões da CES-D 10
- 3) Baixa força muscular: utiliza-se o teste de força de preensão manual (FPM) usando um dinamômetro, corrigindo de acordo com gênero e IMC
- 4) Baixo nível de atividade física: avalia-se pelo IPAQ, o qual define o nível de atividade física habitual
- 5) Diminuição da velocidade de marcha: é definida pelo teste de caminhada de 2,44 m, o qual é ajustado a depender do gênero e da altura

Foram considerados frágeis, os idosos portadores de três ou mais desses critérios; como pré-frágeis, os com um ou dois critérios; e como não frágeis, os idosos que não apresentaram nenhum dos critérios (FRIED et al., 2001; FRIED et al., 2004; VIEIRA et al., 2013).

Há ainda um instrumento de baixa complexidade que é o Questionário FRAIL. Nele, são utilizados os critérios de incapacidade de subir um lance de escadas, incapacidade de caminhar um



quarteirão, ter mais de cinco doenças e perda de peso de mais do que 5% no último ano (BERGMAN et al., 2007; FREIRE et al., 2017; DE FREITAS et al., 2022).

Quanto aos exames laboratoriais, apesar de não participarem como critérios diagnósticos, eles podem auxiliar, mesmo que de forma inespecífica, no diagnóstico. Dentre eles, destacam-se: hemograma completo - com presença de anemia -, o painel metabólico básico, testes de função hepática - incluindo albumina, a qual está diminuída -, a dosagem das vitaminas B12 e D, TSH e testosterona, sendo esta última em homens (MACEDO et al., 2010; DE FREITAS et al., 2022).

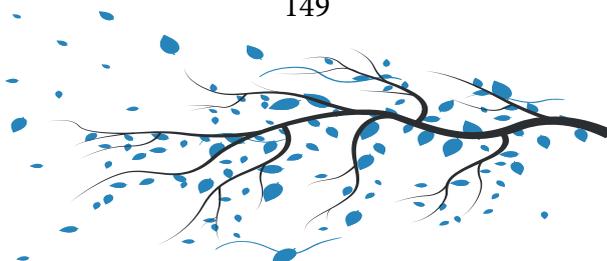
É importante também avaliar uma possível fragilidade secundária já que ela cursa com perda de peso e/ou diminuição da ingesta calórica. Então, é importante investigar, durante a avaliação, diabetes, tuberculose, depressão, demência, insuficiência cardíaca congestiva, entre outros (LOURENÇO, 2008).

CONDUTAS TERAPÊUTICAS

Entendendo o impacto individual e social da síndrome da fragilidade no idoso, é importante adotar estratégias terapêuticas. Elas visam o controle das doenças crônicas e garantir medidas de triagem adequada à idade e cuidados paliativos (DE FREITAS et al., 2022).

Para isso, existem os manejos não medicamentosos e medicamentosos.

Quanto aos não medicamentosos, é fundamental destacar a realização de atividade física cujos benefícios são o aumento da massa muscular, a melhoria do estado energético e a redução da perda de massa magra. Sendo importante a combinação de treinamento de força com exercícios de flexibilidade, equilíbrio e aeróbicos (FAIRHALL et al., 2011). O ideal é realizar 150 a 180 minutos por



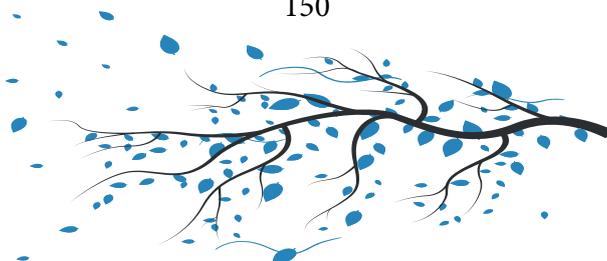
semana. Em associação à atividade física, está a suplementação alimentar, focando principalmente em uma dieta rica em proteínas, com ingestão proteica de 1,0-1,2 g/kg/dia, sendo uma refeição com 25 a 30g dessas macromoléculas . Destaca-se ainda a importância da terapia ocupacional cujas funções são de analisar condições dos pacientes, desenvolver técnicas de prevenção e de promoção de saúde. Ela também ajuda na reabilitação a partir de protocolos específicos da área (FRIED et al., 1998; FRIED et al., 2004; DE FREITAS et al., 2022).

Vale ressaltar, ainda, que é importante investigar se o alimento está sendo bem digerido por meio de possíveis causas de má nutrição nos idosos. Para isso, Robbins (1989) sintetizou no seguinte mnemônico dos nove “Ds”, que constam na tabela abaixo (MACEDO et al., 2010; ROBBINS, 1989).

Tabela 1: Causas de má nutrição nos idosos (9Ds), segundo Robbins (1989)

Causas de má nutrição nos idosos (9 Ds)
Diarreia
Depressão
Disfagia
Dentição (diminuição do paladar, lesões gengivais, próteses dentárias mal-adaptadas, dor ao mastigar)
Drogas
Disfunção (condições socioeconômicas precárias, dependência)
Demência
Doença
Disgeusia

Quanto aos medicamentos, há estudos que apontam uma boa eficácia quando eles são relacionados com a fisiopatologia - como anti-inflamatórios, anabolizantes, progestágenos. A terapia

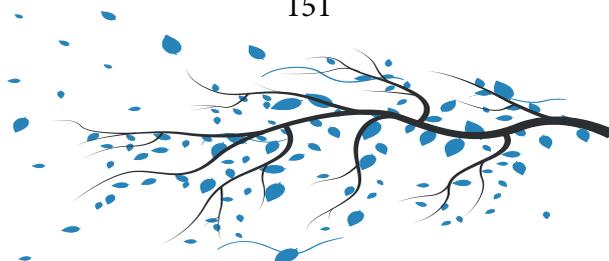


hormonal ainda é um assunto controverso, pois não há um consenso sobre sua verdadeira eficácia e ela ainda apresenta alto risco de efeitos adversos. A exceção para isso é o uso da testosterona em idosos com deficiência hormonal prévia. Além disso, há estudos que apontam eficácia na reposição da vitamina D e do uso dos IECAs, mas também ainda não é um consenso. Uma alternativa ainda em estudo é o papel dos imunobiológicos, com destaque para o bimagrumab. Esse anticorpo monoclonal se liga aos receptores da ativina, impedindo a ligação da ativina A e da miostatina tipo II (ActRII) para induzir a hipertrofia sistêmica dos músculos esqueléticos. Entretanto, no estudo de Rooks D et al. (2020), foi evidenciado o aumento da massa muscular, mas nenhuma melhora relevante na força muscular ou no desempenho físico (velocidade de marcha).

É importante, também, o diagnóstico de fragilidade secundária, pois também pode ocasionar diminuição da ingesta calórica ou perda de peso. Para isso, é importante investigar fatores que intensificam a vulnerabilidade, tais quais: hospitalizações; cirurgias; iatrogenias; medicações inadequadas ou polifarmácia (LOURENÇO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender sobre a fragilidade é compreender que o envelhecimento não é sinônimo de perda de autonomia e da capacidade de realização de atividades da vida diária, mas sim um processo com mudanças biopsicossociais com seus impactos positivos e negativos ao indivíduo. Dessa forma, a fim de serem traçadas ferramentas de prevenção e tratamento, é fundamental aprender sobre fragilidade. É nesse contexto que se entende esse conceito como uma síndrome composta por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica, e que, ela acarreta fraqueza muscular, fadiga,



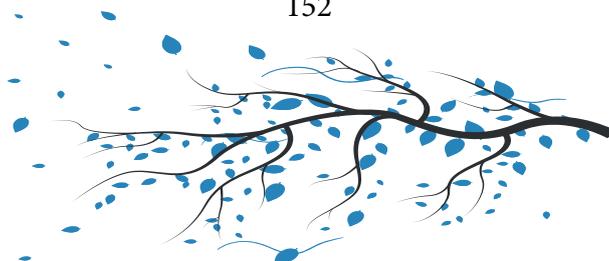
redução de nível de atividade física e de velocidade de marcha, anorexia, perda de peso não intencional, aumentando, assim, um quadro de vulnerabilidade fisiológica e social (BERGAMN et al., 2007; LANA et al., 2014; LINCK et al., 2011; LOURENÇO, 2008; LOURENÇO, 2018; FREIRE et al., 2017; WOODHOUSE et al., 1997; DA MATA et al., 2016; DE FREITAS et al., 2022; VIEIRA et al., 2013).

Como fatores de risco e predisponentes, há agentes modificáveis, como tabagismo, etilismo, sedentarismo, má nutrição, mas também há fatores psicológicos, genéticos, encurtamento telomérico, entre outros (DE FREITAS et al., 2022).

Dominando os conceitos acima, é notória a importância de se instituírem ferramentas diagnósticas para um manejo adequado, que proporcione melhor qualidade de vida para o idoso frágil. Dentre essas ferramentas, destaca-se a de Linda Fried, que é composta por 5 critérios clínicos - perda de peso não intencional; exaustão avaliada por autorrelato de fadiga; diminuição da força de preensão manual; baixo nível de atividade física; e diminuição da velocidade de caminhada (FRIED et al., 2004; DE FREITAS et al., 2022;).

Além disso, é fundamental avertar o diagnóstico de fragilidade secundária, analisando fatores como hospitalizações, cirurgias, iatrogenias, polifarmácia, os quais podem ocasionar diminuição da ingesta calórica ou perda de peso (LOURENÇO, 2008).

Com o diagnóstico estabelecido, é possível adotar estratégias terapêuticas, que dentre elas, destacam-se: realização de atividade física; dieta rica em proteínas; atuação da terapia ocupacional; medicamentos (anti-inflamatórios) (FAIRHALL et al., 2011; MACEDO et al., 2010 FRIED et al., 1998; FRIED et al., 2004; DE FREITAS et al., 2022).



REFERÊNCIAS

Antonio Vaz De Macedo; Manoel Otávio da Costa Rocha. Evaluation and treatment of significant and unintentional weight loss. *Rev Med Minas Gerais*; 20.1:115-123, Jan/Mar, 2010

Bergman H, Ferruci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunananthan S, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm: issues and controversies. *J Gerontol* 2007;62(7):731-7.

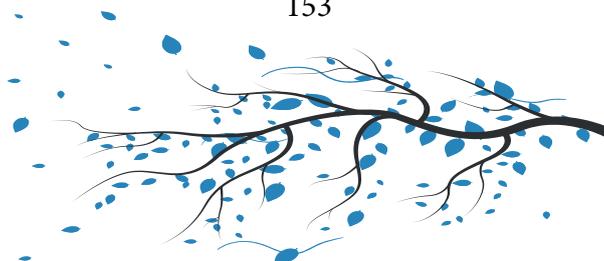
Da Mata FA, Pereira PP, Andrade KR, Figueiredo AC, Silva MT, Pereira MG. Prevalence of Frailty in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016 Aug 8;11(8):e0160019. doi: 10.1371/journal.pone.0160019. PMID: 27500953; PMCID: PMC4976913.

Fairhall N, Langron C, Sherrington C, Lord SR, Kurrle SE, Lockwood K, Monaghan N, Aggar C, Gill L, Cameron ID. Treating frailty--a practical guide. *BMC Med*. 2011 Jul 6;9:83. doi: 10.1186/1741-7015-9-83. PMID: 21733149; PMCID: PMC3146844.

Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and a care. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2004;59(3):255-63.

Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology Series A, Med Sciences*. 2001; 56:M146-56.

Fried LP, Walston J. Frailty and “failure to thrive”. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH et al. (eds.) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4. ed. New York: MacGraw Hill, 2003. p. 1387402.



Gobbens RJJ, Van Assen MALM, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11(5):344-55.

De Freitas, Elizabete Viana. Fragilidade e sarcopenia. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. cap. 86, p. 2508-2525

Lana, Letice Dalla e Schneider, Rodolfo Herberto. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa . *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [online]. 2014, v. 17, n. 3, p. 673-680.

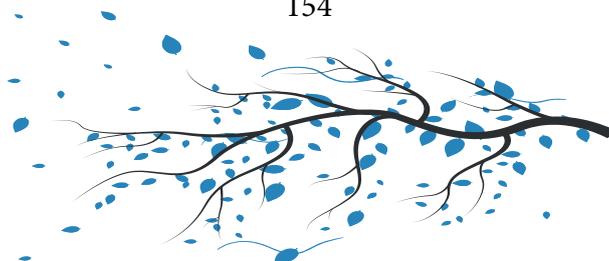
Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* 2011;32(2):385-93.

LOURENÇO, Roberto Alves. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, [s. l.], v. 7, ed. 1, 2008.

Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB, Santos IS, Lin SM, Pinto ALF, et al. Brazilian consensus on frailty in older people: concepts, epidemiology and evaluation instruments. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018;12:121-135

Maia, Luciana Colares et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 12, pp. 5041-5050. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>>. Epub 04 Dez 2020. ISSN 1678-4561.

Robbins LJ. Evaluation of weight loss in the elderly. *Geriatrics*. 1989;44(4):31-7.



Rockwood K, Hogan D, Macknigh C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs Aging* 2000;17(4):295-302.

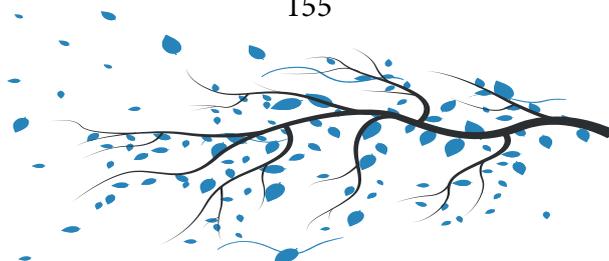
Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006;35(5):526-9

Rooks D, Swan T, Goswami B, et al. Bimagrumab vs Optimized Standard of Care for Treatment of Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10):e2020836. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.20836

SÍNDROME da Fragilidade em idosos hospitalizados. In: SÍNDROME da Fragilidade em idosos hospitalizados. 2018. Dissertação de mestrado (Mestrado em Medicina) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, [S. 1.], 2018.

Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29:163143.

Woodhouse KW. Frailty and ageing. *Age Ageing* 1997;26:245-46.



Capítulo 8

PECULIARIDADES DA DEPRESSÃO NA PESSOA IDOSA



Sylvia Ferreira Grisi Paiva
Juliana Reis Moura Lippo Acioli
Victor do Amaral Dias

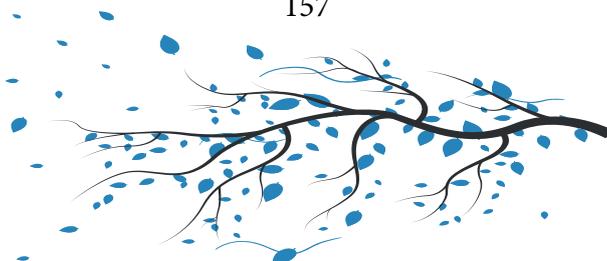
INTRODUÇÃO

A depressão na pessoa idosa é uma afecção comum e subdiagnosticada, sendo caracterizada como “de início tardio” quando o primeiro episódio se manifesta após os 60 anos de idade. O idoso com depressão torna-se mais isolado socialmente, o que afeta sua qualidade de vida e funcionalidade. Desse modo, a dependência por parentes é amplificada, abalando a estrutura econômica da família e da saúde pública. A pré-existência de multimorbidades e a polifarmácia podem mascarar e dificultar o diagnóstico. Com subdiagnóstico, ocorre subtratamento e há prejuízo prognóstico na pessoa idosa (DINIZ et al, 2020; FREITAS; PY, 2022; FREITAS et al, 2018; KANE et al, 2014; TOMMASO et al, 2021).

EPIDEMIOLOGIA

A depressão não é um evento normal da senescência. Ao contrário da tristeza e do luto, que podem ser respostas normais aos acontecimentos vitais e mudanças de funções sociais que podem ocorrer durante o processo do envelhecimento. Alguns exemplos dessas perdas são a aposentadoria, prejuízos financeiros e a maior necessidade de cuidados por perda de função física ou cognitiva. Apesar de não serem determinantes, todas essas mudanças podem ser fatores de risco para o quadro depressivo no idoso (TOMMASO et al, 2021).

É relevante destacar que, além do grande impacto em morbidade para o idoso, a depressão é um significativo fator de risco para suicídio em adultos mais velhos. Apesar de um número de tentativas inferior a pacientes mais jovens com a mesma doença, idosos octogenários costumam ter uma



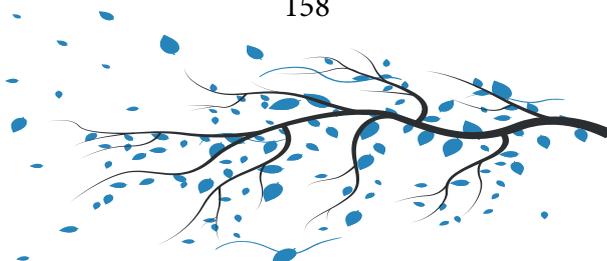
taxa proporcionalmente maior de desfecho óbito em comparação ao adulto jovem. O ambiente de cuidado também influencia na prevalência da doença. Instituições de Longa Permanência, lares e afins, podem apresentar até 50% dos habitantes deprimidos (ESPINOZA; UNÜTZER, 2022).

Pontua-se também que a prevalência de depressão em todas as faixas etárias é maior nas mulheres, sendo as mais velhas as mais suscetíveis, com quadro mais persistente e de menor mortalidade. Não obstante, quanto mais avançada a idade, menor a diferença de prevalência entre os gêneros (ESPINOZA; UNÜTZER, 2022; TOMMASO et al, 2021).

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

Etiologicamente, a depressão surge a partir da combinação entre fatores genéticos, epigenéticos, ambientais, psicológicos e biológicos. Nesse aspecto, destaca-se que neurodegeneração por envelhecimento e lesões cerebrovasculares podem contribuir para o seu surgimento. Ademais, o uso de alguns medicamentos também podem induzir o quadro depressivo, entre esses fármacos, têm-se: benzodiazepínicos, anticolinesterásicos, opioides, corticosteroides, anti-histamínicos, antiparkinsonianos, aciclovir, antipsicóticos, bloqueadores dos canais de cálcio, estatinas, betabloqueadores e fluoroquinolonas (ESPINOZA; UNÜTZER, 2022; FREITAS; PY, 2022).

Quanto à fisiopatologia, os neurotransmissores que costumam estar implicados são dopamina, serotonina e norepinefrina. De modo que a redução na quantidade ou no funcionamento de um ou de mais deles em suas respectivas circuitarias pode causar sintomas característicos da depressão. A terapia medicamentosa se baseia nisso, agindo para regularizar essas monoaminas (FREITAS; PY, 2022; FREITAS et al, 2018). Ressalta-se que, além da alteração dos neurotransmissores, hipóteses



atuais referem alterações na quantidade e na sensibilidade dos neurorreceptores para tais substâncias (FREITAS; PY, 2022).

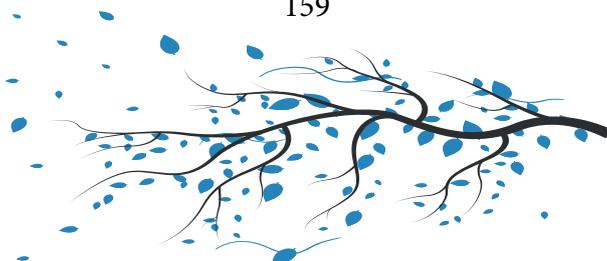
FATORES DE RISCO

Existem condições que podem predispor à depressão na pessoa idosa, sendo necessária uma anamnese detalhada para a identificação. Entre esses fatores, tem-se: sexo feminino; idosos mais jovens (<75 anos); baixa escolaridade; baixo nível socioeconômico; ausência de um companheiro; abuso de substâncias. Além desses, cita-se também condições de saúde como possíveis contribuintes, a exemplo de: história familiar de depressão; episódio depressivo anterior; presença de comorbidades; dor crônica não tratada; doença cerebrovascular; déficit auditivo e sensorial e transtornos do sono. Pacientes hospitalizados, portadores de doenças oncológicas ou em falência de órgãos também costumam ter prevalência maior da doença (DINIZ et al, 2020, pg. 144; ESPINOZA; UNÜTZER, 2022; FREITAS et al, 2018).

Aponta-se, ainda, que o luto pode ser um significativo fator precipitante da depressão na pessoa idosa, sendo necessário estar atento para distinguir a presença de sinais patológicos nesse momento (DINIZ et al, 2020; FREITAS; PY, 2022).

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico da depressão em idosos apresenta, muitas vezes, sintomas semelhantes aos da depressão em adultos jovens. O diferencial é que, nos indivíduos mais velhos, há menos humor

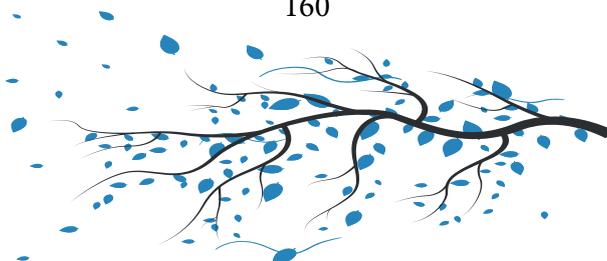


deprimido em comparação à anedonia (perda do interesse ou prazer por atividades antes prazerosas). Além disso, manifestações somáticas são, com frequência, mais prevalentes que as psíquicas, há maior associação com doença física, cerebral e maior aparição de déficit cognitivo e disfunção executiva. A demora da percepção do seu quadro de saúde, a obstipação e o aumento de frequência miccional também são bastante comuns (FREITAS; PY, 2022; FREITAS et al, 2018; TOMMASO et al, 2021).

A identificação da depressão no idoso pode ser complexa por diversas condições. Doenças como doença de Parkinson, anemia e insuficiência cardíaca, que mimetizam muitos sintomas do quadro, como fadiga, dor, anorexia e apatia. Também costumam ser bastante prevalentes sintomas físicos específicos de manifestação orgânica; doença física agravando ainda mais o quadro de déficit de memória ou dores crônicas (artrite); sintomas ocasionados por fármacos acrescidos do uso de algumas substâncias (álcool) e abuso de medicações. A inespecificidade desses e outros sintomas por vezes reduzem a acurácia do diagnóstico de depressão na pessoa idosa (FREITAS; PY, 2022; FREITAS et al, 2018; TOMMASO et al, 2021).

DIAGNÓSTICO

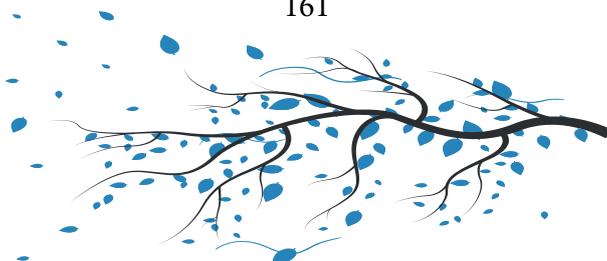
A partir da suspeição diagnóstica, sugere-se o rastreio do episódio depressivo maior através de escalas que costumeiramente são incluídas na AGA (Avaliação Geriátrica Ampla). A mais conhecida delas é a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG/GDS para sigla em inglês) (Veja página — Tabela 04). Inicialmente, a GDS foi composta por 30 itens, com perguntas de fácil compreensão e respostas binárias de sim/não. Mais tarde, a versão foi reduzida para 15 itens (quadro



1), talvez a mais usada atualmente. Já foram também validadas versões de 4,5 e 10 itens. Na versão abreviada com 15 itens (Yesavage), representada pelo quadro 1, apresenta ponto de corte para suspeita de depressão quando igual ou maior que 5 pontos. Mesmo sem uma avaliação objetiva frente à gravidade dos sintomas, aponta-se como depressão moderada pontuações de 8 a 9, e grave acima 10 pontos para o GDS 15. Vale ressaltar, contudo, que as escalas de rastreio nunca devem ser usadas isoladamente para conclusão do diagnóstico e dependem de confirmação para o manejo adequado da pessoa idosa deprimida (FREITAS et al, 2018).

A confirmação diagnóstica comumente é feita através dos critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition (DSM - 5). Por eles, o transtorno depressivo maior é identificado por episódios distintos em um período de pelo menos duas semanas, englobando alterações no afeto, cognição, funções neurovegetativas, e intermitência entre os casos. De acordo com esse critério, a presença de cinco ou mais dos sintomas a seguir, por pelo menos 2 semanas, com mudanças no funcionamento prévio do idoso, sendo humor deprimido ou anedonia pelo menos um dos sintomas, falam a favor da depressão. Além dos sintomas cardinais de anedonia e humor deprimido, devem ser avaliados a presença de agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou redução da energia; aumento ou redução do apetite ou peso; insônia ou hipersonia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; redução da concentração ou memória e pensamentos de morte ou suicídio (FREITAS et al, 2018).

O conceito de depressão menor caracteriza-se por um ou mais sintomas depressivos, incluindo humor deprimido ou anedonia por duas semanas ou mais, porém manifesta-se com menos sintomas (pelo menos 3, incluindo o sintoma cardinal). Já o episódio de “depressão subsindrômica” é evidenciada em idosos com sintomas depressivos, mas que não preenchem os critérios para depressão maior ou menor, mas que normalmente são suficientes para positivar as ferramentas de screening. A

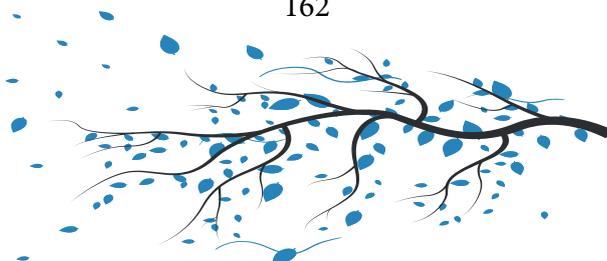


distímia se define por sintomas depressivos maiores ou menores, porém persistentes, com pelo menos dois anos de evolução (SADOCK, B.; SADOCK, V.; RUIZ, 2017).

Quadro 1: Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens

PERGUNTA	PONTUAÇÃO	
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	SIM (0)	NÃO (1)
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	SIM (1)	NÃO (0)
3. Você sente que sua vida está vazia?	SIM (1)	NÃO (0)
4. Você se aborrece com frequência?	SIM (1)	NÃO (0)
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	SIM (0)	NÃO (1)
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	SIM (1)	NÃO (0)
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	SIM (0)	NÃO (1)
8. Você sente que sua situação não tem saída?	SIM (1)	NÃO (0)
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM (1)	NÃO (0)
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	SIM (1)	NÃO (0)
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	SIM (0)	NÃO (1)
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	SIM (1)	NÃO (0)
13. Você se sente cheio de energia?	SIM (0)	NÃO (1)
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	SIM (1)	NÃO (0)
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	SIM (1)	NÃO (0)

Fonte: adaptada de Tommaso *et al*, 2021.



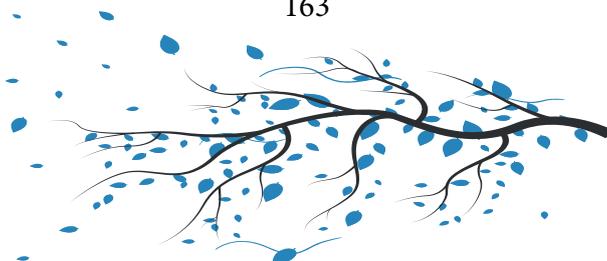
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os diagnósticos diferenciais que podem ser feitos com depressão são luto, outros transtornos de humor (transtorno bipolar, transtorno de humor decorrentes de condição clínica geral ou induzido por fármacos ou substância psicoativas), delirium, demência. A presença de queixas cognitivas pode ocorrer tanto em quadros cognitivos, quanto em transtornos do humor deprimido (antiga “pseudodemência”) (DINIZ et al, 2020). O quadro 2 abaixo ajuda nessa diferenciação.

Quadro 2: Diagnóstico diferencial entre depressão e demência

Características	Diferenciação	
	Depressão	Demência
Tempo dos sintomas até a primeira consulta	Passageiro	Duradouro
Exatidão da data do início dos sintomas	Frequente	Pouco frequente
Seguimento rápido dos sintomas	Frequente	Pouco frequente
História de depressão	Frequente	Pouco frequente
Manifestações de perda cognitiva	Evidenciado	Encurtado
Paciente relatando sua perda cognitiva	Esmiuçado	Impreciso
Dificuldade para executar as ocupações	Menor	Maior
Feedbacks com "não sei"	Frequente	Pouco frequente
Feedbacks com "quase certo"	Frequente	Pouco frequente
Piora da habilidade para atividades sociais	Antecipado	Prolongado

Fonte: adaptado de DINIZ *et al*, 2020.



Podem ser solicitados ainda testes laboratoriais para diagnosticar ou excluir doenças. O hemograma é pedido para descartar anemia, a dosagem de hormônios da tireoide para excluir hipotireoidismo, visto que este quadro pode mascarar sintomas depressivos. Solicita-se também vitamina B12 e folato, em razão dos níveis baixos dessas substâncias, as quais diminuem fisiologicamente com o avançar da idade, podem contribuir para o surgimento de humor deprimido (DINIZ et al, 2020; FREITAS et al, 2018; TOMMASO et al, 2021).

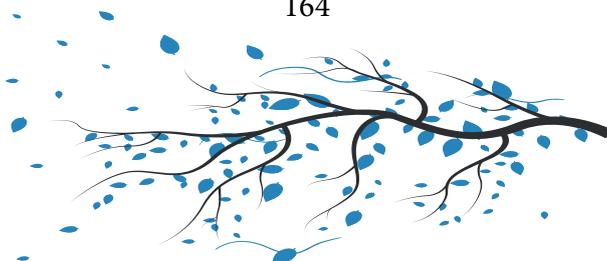
TRATAMENTO

Para definir o tratamento, é necessário inicialmente avaliar questões, como a presença de: ideação suicida (observando se foi feito planejamento - indicador de gravidade); sintomas psicóticos ou característicos de mania/hipomania; uso de medicações com efeito depressor (as quais devem ser suspensas ou substituídas, quando possível); passado de episódio depressivo (duração e tratamento que foi feito, bem como a resposta a esse tratamento) (DINIZ et al, 2020; KOK; REYNOLDS, 2017).

O planejamento terapêutico inclui abordagens farmacológicas e não farmacológicas, combinadas ou usadas isoladamente, conforme descrito a seguir.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

A psicoterapia direcionada para o tratamento da depressão tem apresentado, nos estudos, eficácia semelhante ao tratamento com antidepressivos, de modo que pode ser indicada, principalmente àqueles com casos leves ou moderados. Nos casos graves, é importante como adjuvante ao tratamento



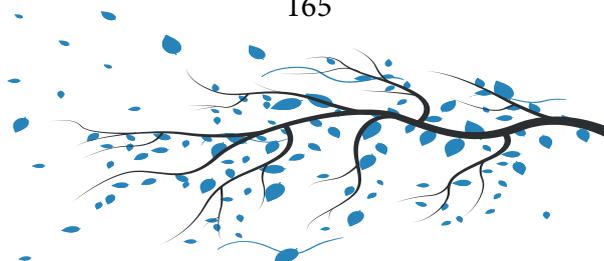
farmacológico. O método mais descrito na literatura é a terapia cognitivo-comportamental (KOK; REYNOLDS, 2017).

Os exercícios físicos, apesar de efeito modesto, também devem ser recomendados em associação às outras medidas, sendo os aeróbicos associados a maiores efeitos antidepressivos. Essa prática é particularmente importante nos indivíduos mais velhos que podem ter baixas respostas aos fármacos, além de oferecer inúmeros outros benefícios além da melhora do humor (ESPINOZA; UNÜTZER, 2022).

A eletroconvulsoterapia é um método bastante eficaz, seguro e com resposta comparativamente rápida em relação aos antidepressivos no tratamento da depressão da pessoa idosa. A baixa disponibilidade do método, estigmas advindos do mau uso da terapia no passado e preocupações com efeitos adversos no paciente mais velho costumam limitar o uso da terapia. Pelos motivos expostos e a necessidade de sedoanalgesia para o procedimento, costuma ficar reservado para casos graves, intolerantes ou refratários ao tratamento antidepressivo ou com risco iminente de suicídio (FREITAS; PY, 2022; KOK; REYNOLDS, 2017).

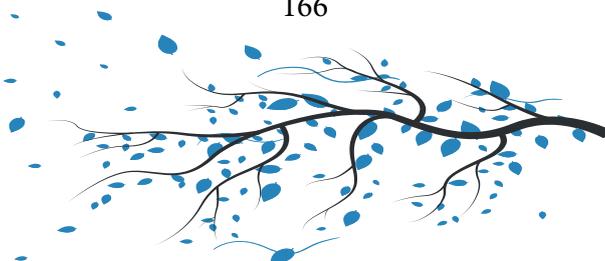
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Deve ser indicado desde o início em pacientes com sintomas moderados e graves, depressão refratária, risco de suicídio, indisponibilidade para a execução de medidas não farmacológicas (ESPINOZA; UNÜTZER, 2022; FREITAS; PY, 2022). Assim, o tratamento é feito com base no uso de fármacos cujas classes, posologias (iniciais e terapêuticas) e efeitos adversos estão listados no quadro 3 abaixo para consulta:



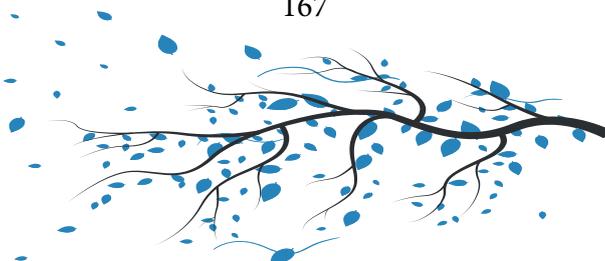
Quadro 3 : Fármacos utilizados no tratamento da depressão

Classe medicamentosa	Fármaco	Dose inicial	Dose terapêutica diária (mín-máx)	Efeito adverso	Comentário
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)	Escitalopram	5 a 10mg/dia	5-20 mg (dose média: 10 mg)	Sintomas gastrointestinais, ansiedade, anorexia, sudorese, transtorno de sono, dor de cabeça e redução da potência sexual. Menos comuns: acatisia, parkinsonismo, hiponatremia (uso crônico)	Classe com melhor tolerabilidade de efeitos adversos
	Citalopram	10 a 20mg/dia	10-40 mg (dose média: 20 mg)		Classe com melhor tolerabilidade de efeitos adversos. Não exceder a dose de 20mg em idosos por aumentar risco de arritmia (Torsades)
	Sertralina	25 a 50mg/dia	25-200 mg (dose média: 50 mg)		Classe com melhor tolerabilidade de efeitos adversos
Inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (Duais)	Duloxetina	30mg/dia	60-120 mg (dose média: 60 mg)	Sintomas gastrointestinais, fadiga, sonolência, constipação, perturbação do sono, disfunção sexual e náusea	Age também sobre sintomas somáticos, como dor. Muito usado em pacientes com síndromes dolorosas. Pouco efeito antidepressivo adicional em doses superiores aos 60mg, porém benefício antiálgico permanece com incremento de doses
	Venlafaxina	37,5 mg/dia	75-225 mg (dose média: 150 mg)	Sintomas gastrointestinais; náuseas; tontura; xerostomia; cefaleia; perturbação do sono; obstipação; fadiga; sudorese; ansiedade. Risco dose-dependente de aumentar a pressão arterial através de picos pressóricos.	O efeito dual está presente em doses a partir de 150 mg/dia. Quando inferior a isso predomina a inibição da recaptação de serotonina. Deve ser evitada em idosos hipertensos de difícil controle
	Desvenlafaxina	50mg/dia	50-100 mg (dose média: 50 mg)	Hipercolesterlemlia, sintomas gastrointestinais, náuseas; tontura; xerostomia; cefaleia; perturbação do sono; obstipação; fadiga; sudorese; ansiedade. Risco dose-dependente de aumentar a pressão arterial através de picos pressóricos.	Deve ser evitada em idosos hipertensos de difícil controle



Inibidores não seletivos de recaptção de monoaminas (tricíclicos)	Nortriptilina	25mg/dia à noite	50-150 mg (dose média: 50 mg)	Efeitos anticolinérgicos (Transtorno de memória, constipação, retenção urinária, visão turva), sonolência, hipotensão, tontura, arritmia	Monitorar nível sérico, mantendo entre 50 e 150 ng/ml. É contraindicado em pacientes com glaucoma agudo e bloqueio atrioventricular. Ponderar o uso em pacientes com déficit cognitivo e idosos frágeis. Evitar ainda outros fármacos dessa classe (ex: amitriptilina) pelo maior potencial anticolinérgico.
Inibidores seletivos de recaptção de dopamina	Bupropiona	150 mg/dia pela manhã	150-450 mg (dose média: 150 mg)	Inquietação, insônia, sintomas gastrointestinais, perda de peso e anorexia. Pode elevar a pressão arterial e, em doses altas, aumentar o risco de convulsões (contraindicada em pacientes com histórico de crise).	É uma substância “ativadora” e pode ser útil especialmente em pacientes com fadiga, sonolência diurna ou letargia. Não interfere no desempenho sexual e pode auxiliar na redução de peso e do apetite. Pode ajudar a evitar a fissura de pacientes em abstinência ao tabagismo. Pouco usada em monoterapia.
Antagonistas de α_2 -adrenoceptores	Mirtazapina	15mg/dia	15-45 mg (dose média: 30 mg)	Ganho ponderal, sonolência, sedação excessiva, boca seca, obstipação	Considerar em pacientes com insônia, inquietação, redução de apetite ou de peso. Em doses mais altas (45mg), o efeito sedativo é reduzido ou abolido. Possui pouco impacto sobre sintomas cognitivos e extrapiramidais, podendo ser útil em pacientes com comorbidade de demência ou parkinsonismo. Evitar o uso em pacientes obesos
Inibidores de recaptção de serotonina e antagonista α_2	Trazodona	25 mg / dia, com aumento a cada 2-4 dias	25 a 600 mg (dose média: 150)	Sonolência, hipotensão, boca seca, náuseas, cefaleias. Apesar de raro, outro temido efeito possível é o priapismo.	O efeito antidepressivo é alcançado com posologias mais altas (150 a 600 mg), nas quais os efeitos adversos podem ser mais sobressalentes, explicando, assim, sua pouca utilização para esse propósito. Entretanto, em doses mais baixas (25 a 100mg), é um potente sedativo, podendo ser um coadjuvante importante.

Outras drogas como lítio e antipsicóticos podem ser usados em subtipos outros de depressão que não a unipolar, como a depressão do transtorno bipolar e a depressão psicótica ou até mesmo



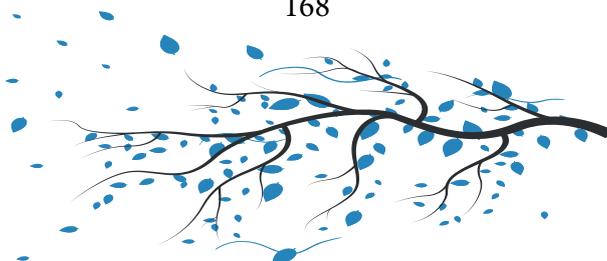
como adjuvantes em casos refratários, como será visto mais adiante (DINIZ et al, 2020; ESPINOZA; UNÜTZER, 2022).

A escolha do melhor tratamento antidepressivo se dá pela análise de algumas variáveis. Passado e resposta de tratamentos prévios, custo e disponibilidade, morbidades do paciente, presença de anorexia e transtornos do sono. Na prática, na ausência de qualquer dessas variáveis, a terapia pode iniciar com a prescrição de um ISRS - devido a seu menor potencial de gerar efeitos colaterais. Escitalopram, Sertralina e Citalopram são boas opções. A fluoxetina é outro ISRS que, apesar de boa disponibilidade no SUS, deve inicialmente ser evitada em idosos, pelo longo tempo de meia-vida (maior exposição a efeitos adversos) e pela metabolização mais sujeita a interações medicamentosas (problema similar ao da fluvoxamina) que os outros representantes da classe (DINIZ et al, 2020).

Reavalia-se o paciente em 6 semanas (podendo variar de quatro a oito) e, caso o paciente consiga obter a remissão dos sintomas, mantém-se o esquema medicamentoso. Checar aderência e tolerância mais precocemente pode ser necessário, antes mesmo das 6-8 semanas, quando já se pode avaliar a eficácia antidepressiva da droga (DINIZ et al, 2020).

No caso da resposta parcial, demonstrada pela diminuição de, em média, 50% na pontuação da escala de depressão usada, tenta-se inicialmente otimizar a dose do antidepressivo já em uso (exemplo: passando de 10 mg de escitalopram para 15 ou 20mg/dia). Todavia, caso tenha-se receio de efeitos colaterais não transitórios ao aumentar a dose, considera-se associar mais um fármaco que pode ser: lítio, antipsicótico atípico (quetiapina ou aripiprazol) ou até outro antidepressivo, combinando, por exemplo, um ISRS ou um IRSN com a mirtazapina ou a bupropiona (DINIZ et al, 2020).

No caso da resposta mínima (com redução de sintomas inferior a 50%), trocar o antidepressivo para outra classe preferencialmente. Duais costumam ser uma boa opção. Espera-se, novamente,



o período para reavaliação e, caso a resposta seja parcial, faz-se o processo já descrito; se for mínima ou ausente, nova mudança de droga pode se fazer necessária. É sempre importante, em pacientes com resposta abaixo do esperado, refletir para questões além do efeito da droga que podem gerar a falha, tais como má aderência; intolerância por efeitos adversos; sintomas não controlados, como dor; causas secundárias não tratadas, como hipotireoidismo; tratamento incompleto (ex: depressão bipolar sem estabilizador de humor, depressão psicótica sem antipsicótico) ou diagnóstico errado (DINIZ et al, 2020).

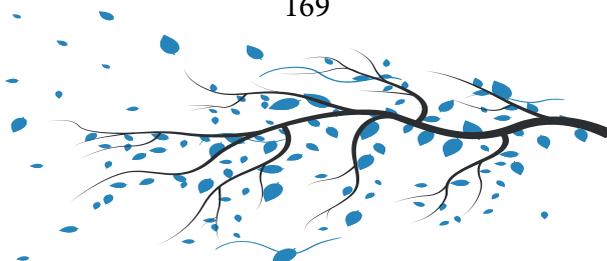
É relevante ponderar que, apesar das indicações esquematizadas, deve-se planejar a terapêutica individualmente, visto que, alguns pacientes com comorbidades podem se beneficiar de um fármaco em detrimento de outros. Por exemplo, um idoso com depressão, insônia e falta de apetite, teria indicação para tratamento com mirtazapina (DINIZ et al, 2020).

Como acima citado, efeitos colaterais podem ser importantes causas de descontinuação do tratamento. Uma estratégia útil na geriatria é sempre seguir o mantra do “Start low, go slow, but go”, ou seja: comece devagar, incremente doses paulatinamente, mas sempre busque os alvos terapêuticos para um melhor resultado (DINIZ et al, 2020; FREITAS; PY, 2022).

QUANDO É NECESSÁRIO ACOMPANHAMENTO PSIQUIÁTRICO ?

Em algumas situações específicas, é imprescindível o acompanhamento do psiquiatra, tais como (DINIZ et al, 2020; ESPINOZA; UNÜTZER, 2022):

- Pacientes com ideação suicida
- Pacientes com episódios de depressão recorrentes



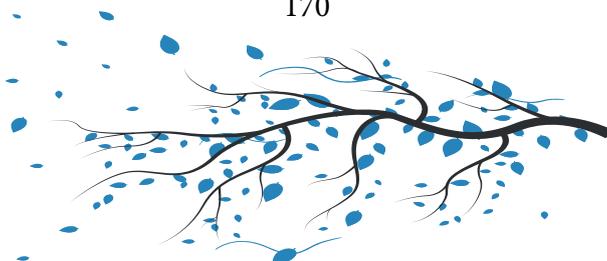
- Pacientes com falha terapêutica
- Pacientes com indicação para uso crônico de antidepressivos
- Pacientes com dúvida diagnóstica

No entanto, é necessário estabelecer que não apenas nesses casos de maior complexidade deve ser feito o encaminhamento, mas, sempre que necessário a critério clínico (DINIZ et al, 2020; ESPINOZA; UNÜTZER, 2022).

QUANDO INTERROMPER O TRATAMENTO?

Idosos têm maior chance de remissão incompleta ou refratariedade ao tratamento em comparação aos adultos jovens deprimidos. A interrupção do tratamento, portanto, deve ser cautelosa. Recomenda-se que a interrupção do tratamento medicamentoso seja feita de após análise do tempo de remissão completa dos sintomas e do número de episódios depressivos ao longo da vida. De modo que idosos com apenas 1 episódio de depressão, podem descontinuar a medicação após um ano com remissão completa dos sintomas; aqueles que tiverem 2 episódios deverão continuar a terapia por dois anos com remissão completa de sintomas. A partir de três episódios, considera-se aguardar três anos com remissão completa dos sintomas ou manter a terapia indefinidamente. Além disso, o uso crônico da medicação deve ser pensado também em pacientes que possuam muitos fatores de risco para cronicidade da depressão (depressão psicótica, depressão grave no primeiro episódio, histórico de tentativa de suicídio, entre outros) (KOK; REYNOLDS, 2017).

Ressalta-se que a interrupção deve ser feita de modo gradual e que os efeitos de descontinua-



ação costumam ser leves e limitados. Ademais, é necessário manter o acompanhamento dos pacientes e educá-los para que, caso haja retorno dos sintomas, ele saiba identificar e informar ao médico para que se avalie o reinício dos medicamentos (KOK; REYNOLDS, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

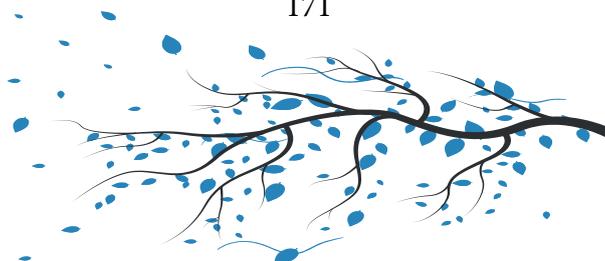
Apesar de relevante para o prognóstico da pessoa idosa e de interferir na preservação da funcionalidade, estima-se que a depressão ainda seja uma condição subdiagnosticada nessa população. Um dos fatores que pode contribuir para isso é a manifestação clínica diferenciada, marcada pela prevalência de anedonia em detrimento do humor deprimido, além do surgimento de manifestações somáticas.

Enquanto ao tratamento, é realizado através de abordagens farmacológicas e não farmacológicas. A escolha do fármaco é baseada em: tratamentos prévios, custo, disponibilidade, avaliação dos efeitos adversos e indicações de primeira linha (ISRS). Ressalta-se a importância de introduzir o medicamento com doses inferiores, progredindo gradualmente até que a dose terapêutica seja alcançada. A interrupção do tratamento, quando indicada, deve também ser feita de modo lento.

REFERÊNCIAS

DINIZ, L. R. et al. Geriatria. Rio de Janeiro: Medbook, 2020

ESPINOZA, R. T; UNÜTZER, J. Diagnosis and management of late-life unipolar depression. . UpToDate. 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-late->



-life-unipolar-depression>. Acesso em: 20/04/2022

FREITAS, E. V. D. ; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

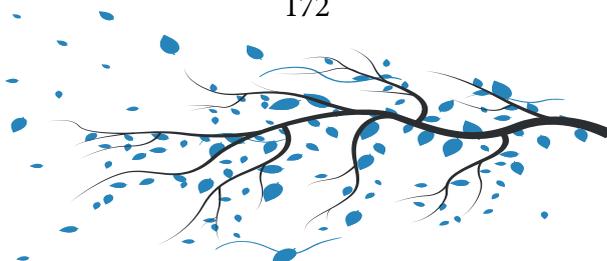
FREITAS, E. V. D. et al. Manual Prático de Geriatria, 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

KANE, R. L. et al. Fundamentos de geriatria clínica, 7ª edição. Porto Alegre : Grupo A, 2014.

KOK, R. M.; REYNOLDS, C. F. Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA,. v. 317, n. 20, p. 2114–2122, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.5706>> . Acesso em: 20/04/2022

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 1-1490.

TOMMASO, A. B. G. D. et al. Geriatria - Guia Prático, 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2021.



Capítulo 9

DELIRIUM: UMA IMPORTANTE SÍNDROME GERIÁTRICA



Juliana Reis Moura Lippo Acioli

Sylvia Ferreira Grisi Paiva

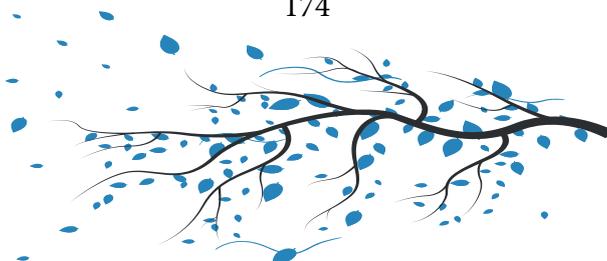
Sandra Brotto Furtado Ehrhardt

CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA

O delirium é um distúrbio agudo do estado mental caracterizado por déficit na atenção e curso flutuante da cognição, podendo durar dias, chegando a se estender, em cerca de 20% dos casos, por semanas (WILSON et al, 2020). Considerado por alguns autores o sétimo sinal vital, ressalta-se que é sempre secundário a um agravo orgânico, sendo de etiologia multifatorial. Na população geriátrica, na qual a prevalência é maior, pode ser também uma manifestação atípica de várias comorbidades, como infecções e infarto agudo do miocárdio (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; OLDHAM et al, 2018).

Epidemiologicamente, é a complicação mais comum em idosos hospitalizados e acomete entre 25 e 35 % de pacientes clínicos e cirúrgicos, sendo observadas taxas de prevalência ainda mais altas dentro das unidades de terapia intensiva e de cuidados paliativos (70-80%). Além disso, a relevância do delirium também decorre de sua maior associação a piores desfechos clínicos, como declínio funcional e cognitivo (predispondo a um aumento na incidência de demência ou agravando a cognição do paciente quando há queixa preexistente); reinternação; aumento no tempo de internação hospitalar; aumento da necessidade de institucionalização e maiores taxas de mortalidade (GUTHRIE; RAYBORN, 2018; OLDHAM et al, 2018).

Mesmo assim, cerca de 30 a 40% dos casos poderiam ser evitados com conhecimento da patologia, atuando de forma preventiva. De modo que é fundamental o olhar clínico atento para a identificação precoce das manifestações clínicas do delirium (HCOR, 2020;PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).



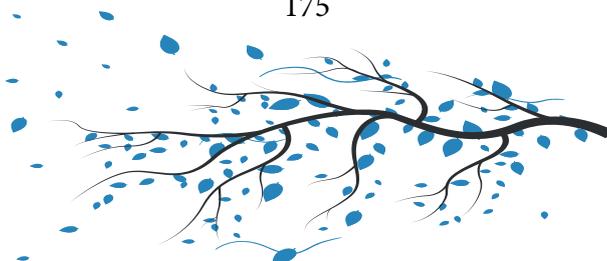
FISIOPATOLOGIA

A patogênese do delirium ainda não é bem estabelecida, sendo explicada por diversas teorias. Dentre essas, uma das mais estudadas é a de que haja alteração do neurotransmissor acetilcolina, sugerindo um déficit colinérgico, que geraria uma mudança na excitabilidade neuronal e diminuição da perfusão cerebral, acarretando, conseqüentemente, em alteração do nível de consciência. Além disso, pressupõe-se concomitantemente que haja o aumento da dopamina e desregulação dos sistemas serotoninérgicos e gabaérgicos (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018; WILSON et al, 2020).

Além destas, têm-se aventado outras hipóteses: (1) neuroinflamação, com o aumento de citocinas pró-inflamatórias promovendo uma cascata que altera o suporte metabólico e o funcionamento normal dos neurônios; (2) neuroenvelhecimento, através das alterações fisiológicas da idade, como a atrofia cerebral e a redução de sua perfusão; (3) estresse oxidativo, interferindo diretamente no metabolismo da neurotransmissão; (4) desconexão da rede neuronal, prejudicando as vias funcionais de transdução do estímulo; (5) aumento da permeabilidade da barreira hemato-encefálica, tornando o cérebro mais vulnerável à agressões. Independentemente da causa, essas vias apontam a origem dos sintomas do delirium como decorrentes de alterações na transmissão e no metabolismo neurológico (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

FATORES DE RISCO PREDISPONENTES E PRECIPITANTES

Os fatores predisponentes são as condições que tornam o indivíduo mais vulnerável ao de-

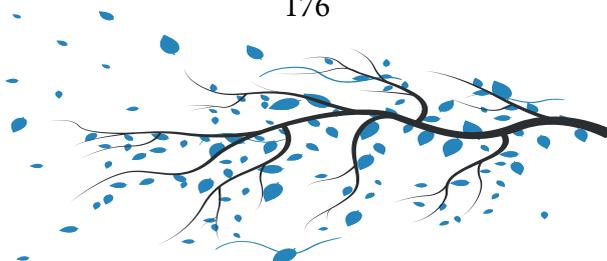


lirium e que comumente estão presentes à admissão e não são modificáveis. Nessa categoria, os dois principais são: idade superior a 70 anos e comprometimento cognitivo prévio, como demência (HCOR, 2020). Os outros fatores predisponentes conhecidos são: redução da acuidade auditiva e visual; transtornos psiquiátricos; comorbidades; episódio prévio de delirium; doença neurológica subjacente (como acidente vascular encefálico e Parkinson); síndrome de fragilidade; comprometimento da funcionalidade; etilismo e desnutrição (FRANCIS;YOUNG, 2022; WILSON et al, 2020)

Já os fatores de risco precipitantes são aspectos potencialmente modificáveis que contribuem para o quadro. Os principais estão listados através do recurso mnemônico abaixo (Quadro 1), sendo importante acrescentar além deles: alteração do ciclo sono-vigília, mudança no ambiente (reformas, mudança de casa, troca de cuidadores), pré e pós operatório, dor não tratada e constipação (DINIZ et al, 2020; GUTHRIE; RAYBORN, 2018; HCOR, 2020)

Quadro 1: Fatores precipitantes do delirium - recurso mnemônico

D	Drogas	Benzodiazepínicos e outros agentes hipnóticos, opióides, anticolinérgicos, anti-histamínicos, corticosteróides e psicofármacos no geral
E	Eletrólitos	Desbalanço de sódio e cálcio séricos
L	<i>Lack of drugs</i>	Abstinência de drogas, como álcool e benzodiazepínicos
I	Intracranianos	Doença neurológica (Aguda – acidente vascular encefálico e trauma; Crônica - neoplasias, epilepsia e doenças neurodegenerativas)
R	Retenção ao leito	Uso de contenção física, imobilidade
I	Infecções	Do trato urinário e respiratório
U	Urinárias	Retenção urinária, cateterismo vesical



M	Metabólicas	Alterações da glicemia, insuficiência hepática e renal, choque, distúrbio ácido base, afecção endócrina, anemia, desidratação e desnutrição.
	Miocárdicas	Infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca

Fonte: adaptado de Diniz *et al* (2020)

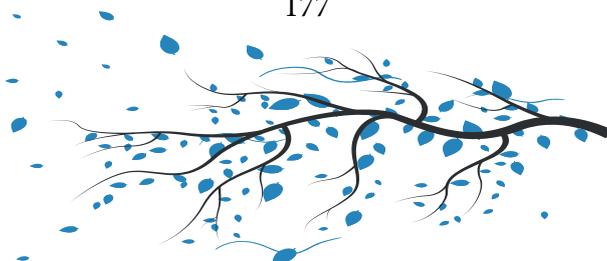
A interação dos fatores predisponentes e precipitantes costuma provocar o aparecimento do delirium, de modo que pacientes com menos fatores predisponentes, precisam de mais fatores precipitantes para desencadear o quadro e vice-versa. A relevância disso se dá pela necessidade de rastreio da população de risco (aqueles com fatores predisponentes significativos), assim como pela possibilidade de intervenção e prevenção dos fatores precipitantes (GUTHRIE; RAYBORN, 2018; HCOR, 2020).

QUADRO CLÍNICO

As manifestações clínicas do delirium são de intensidade variáveis podendo ir de leve a grave, e encontram-se descritas de forma detalhada no quadro abaixo:

Quadro 2: Manifestações clínicas do delirium e suas descrições

Sintoma	Descrição
Distúrbio na cognição	Paciente pode apresentar perda de memória, perturbação da forma e conteúdo do pensamento, comprometimento da linguagem (disnomia e disgrafia) e da fala, prejuízo da orientação temporoespacial. Além disso o paciente pode ter distúrbios perceptivos, como alucinações auditivas, visuais ou somatossensoriais.
Alteração do nível de consciência	Paciente pode variar de um polo mais agitado (hipervigilância) a um menos (estupor)
Desatenção	Paciente possui dificuldade de focar em atividades simples, como uma conversa, muitas vezes esquecendo-se do que ia dizer ou mudando constantemente o assunto.
Alteração do ciclo sono vigília	Geralmente caracterizado por excesso de sono durante o dia e insônia à noite



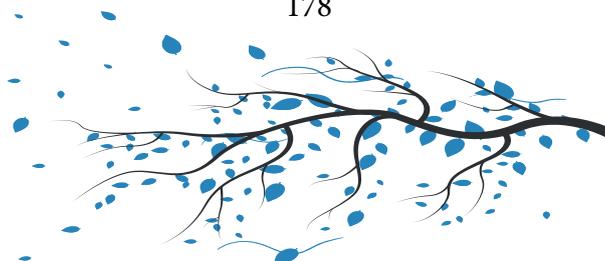
Fonte: adaptado de Diniz *et al* (2020); Francis e Young (2022) ; Hshieh, Inouye e Oh (2020)

Outros sintomas menos frequentes são hipersensibilidade sensorial, fadiga, ansiedade, tristeza excessiva e raiva. Podem haver ainda manifestações autonômicas, como rubor na face, sudorese, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca (FREITAS; PY, 2018; FRANCIS;YOUNG, 2022)

O quadro clínico deve ter início agudo e um curso flutuante - comumente mais grave no período noturno, podendo ser caracterizado, ainda, por uma fase prodrômica (ansiedade, humor irritável e alteração do sono) um a três dias antes da evolução da doença (FRANCIS;YOUNG, 2022).

Costuma-se categorizar o delirium em três formas clínicas diferentes: hiperativo, hipoativo e misto. Na forma hipoativa, mais comum nas etiologias infecciosas e metabólicas, o idoso apresenta-se com sonolência excessiva, redução do nível de consciência e lentificação e diminuição da fala. Esse subtipo é mais comum (28 a 56% dos casos) e, juntamente ao misto, tem pior prognóstico (BOWMAN et al, 2021; FREITAS; PY, 2018)

Na forma hiperativa, por sua vez, o paciente apresenta-se com nível de consciência alerta, com distúrbio psicomotor, podendo estar inquieto, eufórico e com velocidade de fala aumentada (logorreico). Com frequência estão presentes: alucinação, perambulação e agitação. Este subtipo é menos prevalente e associa-se a quadros de dor, abstinência ou reação adversa a fármacos. O último subtipo é conhecido como forma mista, que é caracterizada pela alternância entre os dois subtipos supracitados, sendo muitas vezes, de difícil diagnóstico (BOWMAN et al, 2021; HSHIEH; INOUE; OH, 2020)



DIAGNÓSTICO

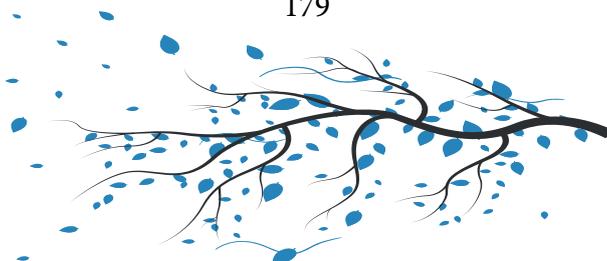
É necessário ter altos índices de suspeição do delirium no idoso, visto o grande percentual de subdiagnóstico. Sendo assim, deve-se investigar essa afecção naqueles que possuem um quadro clínico sugestivo ou, proativamente, naqueles sem sintomas claros, mas com fatores de risco (FRANCIS;YOUNG, 2022; GUTHRIE; RAYBORN, 2018).

Inicialmente, coleta-se a anamnese do paciente e realiza-se o exame neurológico dirigido, avaliando nível de consciência, simetria de face, comunicação, movimentação dos olhos, exame das pupilas, graduação de força em membros inferiores e superiores e presença de sinais de parkinsonismo (FRANCIS;YOUNG, 2022; HCOR, 2020).

Após isso, escalas específicas para o screening de delirium são aplicadas. Atualmente, existem várias ferramentas, sendo o Confusion Assessment Method (CAM) um dos instrumentos mais utilizados. Esse instrumento consiste em 4 critérios que podem ser obtidos diretamente com a observação e exame do paciente ou com a ajuda de seus cuidadores, familiares ou equipe de enfermagem responsável pelos cuidados (FRANCIS;YOUNG, 2022; HCOR, 2020). Tais parâmetros são descritos abaixo:

1- Início agudo ou curso flutuante: observar se houve uma mudança repentina no estado mental do paciente, tomando como base seu nível de funcionamento prévio. Pode haver, ainda, a presença de um quadro confusional flutuante, isto é, com variações na intensidade e severidade durante o dia. Essa flutuação também pode ser identificada por mudanças na escala de sedação, no Glasgow ou na última pontuação obtida pelo CAM (FRANCIS;YOUNG, 2022; WILSON et al, 2020).

2- Desatenção: identificar se o indivíduo está incapaz de manter o foco e a atenção através de



um estímulo específico (FRANCIS;YOUNG, 2022; WILSON et al, 2020).

3- Pensamento desorganizado: observar se o conteúdo da conversa é incoerente ou se existe um fluxo ilógico de conversação. Para facilitar a identificação desse parâmetro, pode-se fazer uma série de 4 perguntas pré-estabelecidas (quadro 3), de modo que duas ou mais respostas erradas indicam desorganização do pensamento (DINIZ et al, 2020; FRANCIS;YOUNG, 2022).

Quadro 3: Questionamentos de rastreio para desatenção

Grupo A	Grupo B
Uma pedra pode flutuar na água?	Uma folha pode flutuar na água?
Existem peixes no mar?	Existem elefantes no mar?
Um quilo pesa mais que dois quilos?	Dois quilos pesam mais que um quilo?
Pode-se usar um martelo para pesar uma agulha?	Pode-se usar um martelo para cortar madeira?

Para o rastreio escolher 4 perguntas alternando entre questões do grupo A e do B. Fonte: adaptado de
Diniz et al (2020)

4- Nível de consciência alterado: esse parâmetro será positivo quando o paciente estiver vigilante, letárgico, estuporoso ou comatoso. Também pode ser identificado pela pontuação na escala RASS diferente de zero (FRANCIS;YOUNG, 2022; WILSON et al, 2020) devem obrigatoriamente estar presentes. Além destes, um dos parâmetros 3 ou 4 também deverá ser positivo (DINIZ et al, 2020). Resumidamente:

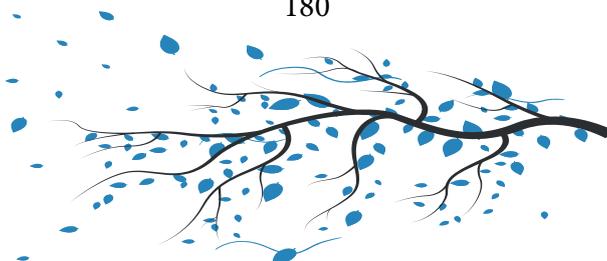
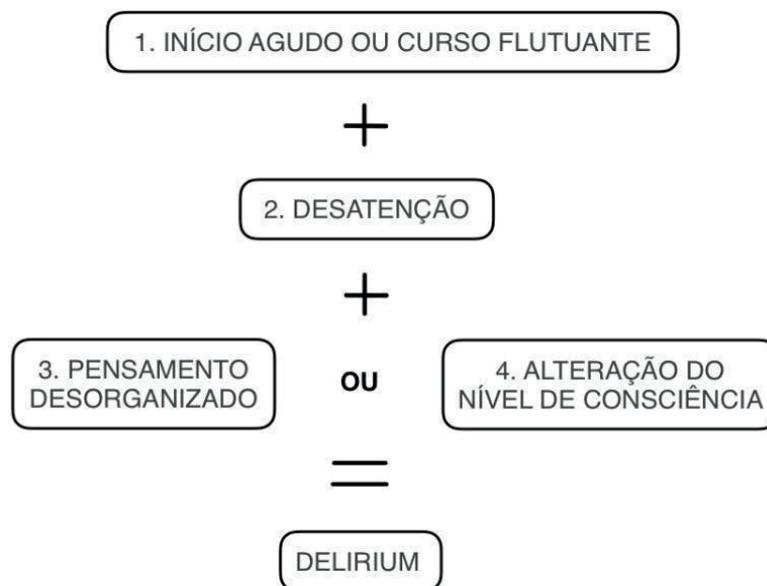


Imagem 1: Critérios CAM para diagnóstico de Delirium

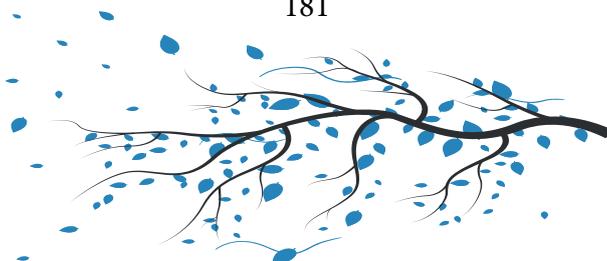


Fonte: adaptado de Diniz *et al* (2020)

Também é indicado que essa ferramenta seja reaplicada diversas vezes no dia devido ao caráter flutuante da afecção. Entretanto, na presença de um tempo extremamente restrito, uma outra ferramenta utilizada para uma triagem rápida, com sensibilidade de 93% e especificidade de 64%, é a combinação de duas perguntas: “ de trás para frente, quais os meses do ano?” e “ que dia da semana é hoje?” (HSHIEH; INOUYE; OH, 2020).

Uma vez definida a presença do delirium, buscam-se os possíveis fatores predisponentes. Devido à origem multifatorial do delirium, mesmo identificada e solucionada a sua causa mais evidente, ainda faz-se necessário permanecer vigilante para identificação de outros possíveis fatores precipitantes (HCOR, 2020; OLDHAM et al, 2018).

Apesar de não existirem exames complementares específicos para o delirium, eles costumam auxiliar na busca de possíveis fatores precipitantes e na exclusão de diagnósticos diferenciais (HSHIEH; INOUYE; OH, 2020). Assim, de acordo com a história clínica do paciente, considera-se

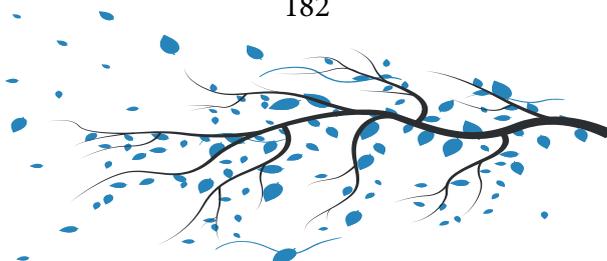


solicitar:

- Radiografia de tórax, eletrocardiograma, hemograma completo, hemocultura, função renal e hepática, marcadores de inflamação, urinálise, glicemia e eletrólitos (HCOR, 2020; HSHIEH; INOUYE; OH, 2020).

Os exames de neuroimagem não são rotina na avaliação de delirium, pois modificam o manejo em menos de 10% dos casos (WILSON et al, 2020). Assim, é indicada a tomografia de crânio sem contraste apenas quando há, na história, relato de traumatismo, presença de déficit neurológico focal ou suspeita de causas neurológicas, como a presença de convulsões. A solicitação de tomografia de crânio juntamente a punção lombar para avaliação de líquido cefalorraquidiano, quando houver relato de cefaléia persistente e a suspeita de quadro infeccioso sem origem definida (HCOR, 2020; HSHIEH; INOUYE; OH, 2020).

O eletroencefalograma é particularmente útil em mudanças súbitas do estado mental em pacientes com demência e naqueles que possuem histórico de epilepsia ou sinais atuais que sugiram tal afecção. Os três exames (TC, punção lombar e EEG) devem ser solicitados também quando o quadro clínico persiste após a retirada dos fatores predisponentes que haviam sido percebidos, ou quando há febre de origem indefinida, ou ainda quando a etiologia do quadro permanece obscura mesmo após investigações (HCOR, 2020; HSHIEH; INOUYE; OH, 2020).



Quadro 4: Diagnósticos diferenciais do delirium

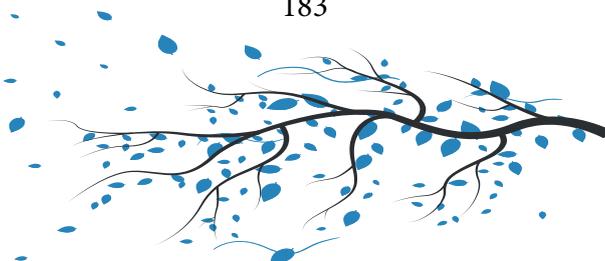
Diagnostico diferencial	Fator de diferenciação
Delirium tremens	Subtipo do delirium. Ocorre em alcoólatras com abstinência de 3 a 4 dias.
Depressão	Assemelha-se ao subtipo hipoativo de delirium. No entanto, seu início não é súbito, o nível de consciência está preservado e a atenção e a cognição não sofrem mudanças abruptas.
Demência	Seu início não é súbito e geralmente estão conservados a atenção e o nível de consciência.
Estado epiléptico não convulsional	Pode se diferenciar pela presença de espasmos faciais bilaterais, movimentos oculares nistagmóides, afasia aguda e automatismo da boca. Deve ser distinguido pela solicitação do EEG.
Lesão cerebral aguda	Um acidente vascular encefálico, por exemplo, pode causar também estado confusional agudo. Déficits focais podem estar presentes e seriam um diferencial. Quando suspeitada, deve ser excluída por exame de imagem.

Fonte: adaptado de Francis e Young (2022); HCOR (2020).

‘Na presença de um quadro de confusão mental de desenvolvimento agudo, deve-se sempre excluir inicialmente, através da anamnese, a possibilidade de sepse ou de acidente vascular encefálico, visto a urgência desses casos (HCOR, 2020).

TRATAMENTO

A mais prudente forma de tratamento para o delirium que surge após internamento hospitalar é a prevenção por meio de condutas não farmacológicas (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018). Uma das abordagens preconizadas é a instalação de medidas ambientais que são utilizadas para oportunizar a orientação e promover a familiarização do idoso em relação ao ambiente,



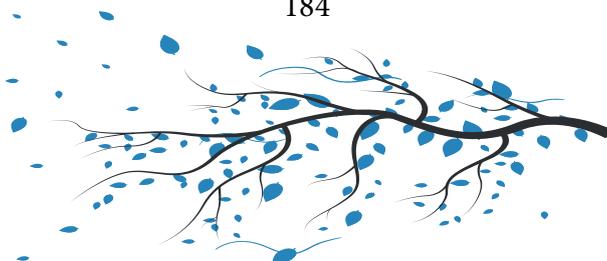
auxiliando, dessa forma, no ciclo sono-vigília (HCOR, 2020; PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Assim, algumas dessas medidas são: boa iluminação do recinto; presença de calendário e relógio; existência de objetos pessoais e afetivos do paciente idoso; diminuição do nível de ruído no local, especialmente no período noturno; manutenção de uma temperatura mais agradável (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Ademais, deve-se estimular: a presença de um acompanhante com quem o paciente tenha mais proximidade, a fim de que se sinta mais seguro e acolhido; a cognição do paciente, com o objetivo de retardar a evolução do delirium; as visitas dos entes queridos, com o propósito de estimular a socialização; a presença de óculos e aparelhos auditivos para correção de déficits sensoriais e propiciar interação; o evitamento de cochilos diurnos prolongados, reduzindo a interrupção do ciclo sono-vigília; a atenção às medidas de higiene do sono. (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Somam-se a essas, medidas preventivas a serem estimuladas junto aos profissionais, como: diminuir a troca de funcionários a fim de fortalecer o vínculo e a familiarização do idoso com o ambiente; incentivar a mobilidade para reduzir o declínio da marcha; reduzir, ao mínimo necessário, o uso de sondas e cateteres; prevenção do surgimento da dor, e se não for possível, sempre buscar tratá-la; capacitação por parte dos profissionais; vigiar ingestão de água, a possível constipação ou retenção urinária; manter a profilaxia adequada de lesões por pressão; manter a assiduidade de averiguação dos sinais vitais também no período noturno; não ofertar, após o almoço, bebidas à base de cafeína, ao contrário da ingestão de bebidas quentes, que devem ser estimuladas por favorecerem o sono (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Com relação à prevenção farmacológica, reforça-se que não se é indicado, de rotina, o uso de



medicações na prevenção do delirium (GUTHRIE; RAYBORN, 2018; WILSON et al, 2020).

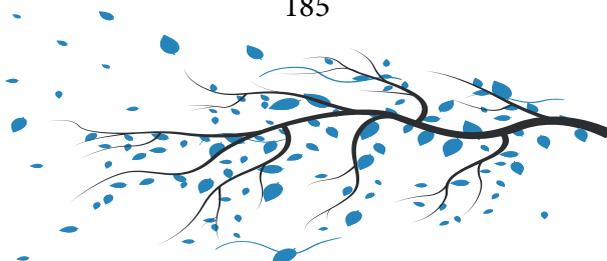
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento à base de medicamentos é indicado apenas para evitar uma situação de perigo maior para o idoso. Por esse motivo, a utilização adequada de drogas aparenta refrear a incidência, intensidade e período dos episódios. Não obstante, ressalta-se que os estudos não apresentam evidência para uso de medicação para tratamento de delirium. Quando necessária, a utilização de fármacos, usa-se drogas de curta ação e em doses baixas, podendo ser administrados, mais usualmente, por via oral, ou endovenosa e subcutânea quando a primeira não estiver acessível (GUTHRIE; RAYBORN, 2018; PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Os fármacos neurolépticos são os mais usados regularmente, sendo o haloperidol a droga de primeira escolha para os casos de delirium hiperativo com risco à segurança do paciente. Idealmente, deve ser usado em espaços com monitorização cardiológica, principalmente quando administrado por via endovenosa, visto que podem expandir o intervalo QT (PRAYCE; QUARESMA; GALRIÇA NETO, 2018).

Atrelado a isso, é preconizado que os antipsicóticos sejam usados em situações de agitação grave e/ou sintomas psicóticos significativos, apenas após realização do manejo não farmacológico adequado, visto ser esse o tratamento de primeira linha (HCOR, 2020; WILSON et al, 2020). Deve-se também atentar para os efeitos adversos dessa classe farmacológica: desfechos cerebrovasculares, sedação exacerbada e pneumonia aspirativa (HCOR, 2020).

Na atualidade, a utilização de antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina ou olanzapina)



é preferida aos típicos, devido à segurança do perfil da classe (HCOR, 2020). Cabe a ressalva que, uma vez revertido o quadro de delirium e a causa tratada, indica-se que haja a retirada cautelosa dos medicamentos, uma vez que, quando não mais necessários, podem contribuir para dificuldade de reabilitação, alimentação e aumento do risco de quedas pela sonolência que costuma advir do seu uso contínuo (HCOR, 2020).

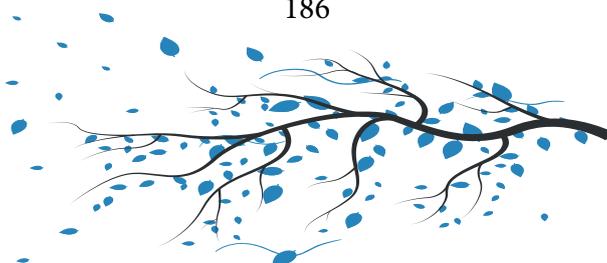
Os antipsicóticos típicos são clorpromazina, tioridazina, levomepromazina, periciazina, devido ao potencial anticolinérgico e aos altos riscos de eventos adversos, fazendo-os, atualmente, não serem indicados na prática clínica (GUTHRIE; RAYBORN, 2018).

Os benzodiazepínicos devem ser evitados em idosos com delirium, uma vez que há a possibilidade de os seus usos potencializar o estado confusional do paciente, fomentar uma agitação paradoxal e favorecer uma sedação excessiva (GUTHRIE; RAYBORN, 2018; HCOR, 2020).

Devido ao curso flutuante e a sedação que causam, essas medicações podem ser usadas a critério médico, ao invés de prescrevê-las em horários fixos (HCOR, 2020). Desse modo, registra-se, no quadro abaixo, os principais fármacos utilizados e suas doses.

Quadro 5: Principais fármacos para o manejo terapêutico do delirium e suas posologias.

PRINCIPAIS DROGAS	POSOLOGIA
Haloperidol	0, - 1 mg; 2,5 - 5 mg 4/4h (oral, IM, EV, SC) 2
Olanzapina	2,5 mg; máx 10 mg (oral)
Quetiapina	1 - 25 mg (oral) 2,



Risperidona	0, - 0,5 mg 2x/dia (oral) 2
Lorazepam	0,5 - 1 mg (oral)

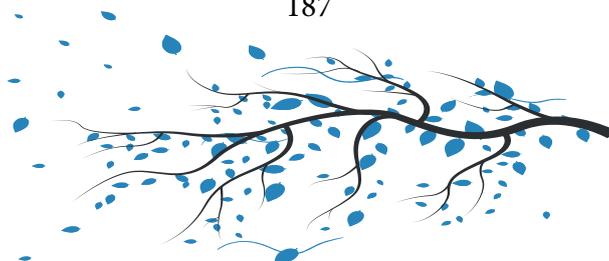
Fonte: adaptado de Prayce, Quaresma e Galriça Neto (2018)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O delirium é um quadro agudo e multifatorial que acomete de forma significativa as pessoas idosas. Apesar de ainda não ter sua fisiopatologia bem esclarecida, possui diversos fatores precipitantes e de risco que requerem identificação precoce para que seja realizada a prevenção, a qual é fundamental para a abordagem dessa afecção.

Quando instalado, o quadro clínico pode ser variável e seu diagnóstico é realizado com uso de instrumentos e critérios específicos, além da exclusão de outras possíveis patologias e identificação de possíveis causas. O tratamento preconizado é a implementação de medidas não farmacológicas, sendo possível o uso de medicações auxiliares (comumente antipsicóticos) quando há risco para o paciente.

Assim, a relevância dessa afecção se dá por: sua alta incidência, sua capacidade de sinalizar outra comorbidade e seu potencial de ser prevenida e tratada com intervenções comportamentais. Em razão disso, é indicado que os médicos, ainda que não sejam geriatras, mantenham o olhar atento para a identificação do delirium na população idosa, capacitando-se para a realização do manejo adequado.



REFERÊNCIAS

BOWMAN, E. M. L. et al. Phenotypes and subphenotypes of delirium: a review of current categorisations and suggestions for progression. *Crit Care*, v. 25, n. 334, p. 1-13, 2021

DINIZ, L. R. et al. *Geriatrics*. Rio de Janeiro: Medbook, 2020

FRANCIS JR, J.; YOUNG, G. B. Diagnosis of delirium and confusional states. UpToDate, 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states#-topicContent>>. Acesso em: 21 ago. 2022

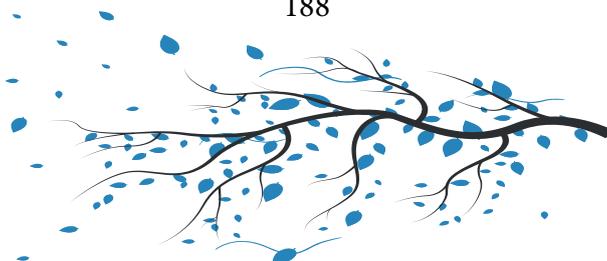
FREITAS, E. V. D. ; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

GUTHRIE, P.F. ; RAYBORN, S. Evidence-Based Practice Guideline - Delirium. *Journal of Gerontological Nursing*, v. 44, n. 2, p. 14-24, 2018

HCOR, Associação Beneficente Síria. *Protocolo de delirium: prevenção, detecção e tratamento*. 2020. Disponível em: < www.hcor.com.br/>. Acesso em: 21 ago. 2022

HSHIEH, T. T; INOUE, S. K.; OH, E. S. Delirium in the Elderly. *Clin Geriatr Med*, v. 36, n. 2, p. 183-199, 2020. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2019.11.001>>. Acesso em: 21 ago. 2022

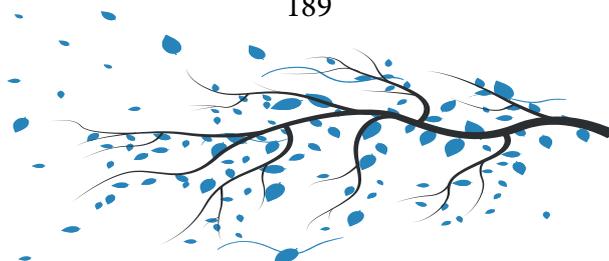
OLDHAM, M. A et al. Responding to Ten Common Delirium Misconceptions With Best Evidence: An Educational Review for Clinicians. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* ,v. 30, n. 1, p. 51-57, 2018.



Disponível em: < <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.17030065>>. Acesso em: 21 ago. 2022

PRAYCE, R.; QUARESMA, F.; GALRIÇA NETO, I. Delirium: o 7º parâmetro vital? Revista Científica da Ordem dos Médicos, v. 31, n. 1, p. 51-58, 2018

WILSON, J. E et al. Delirium. Nat Rev Dis Primers, v. 6, n. 90, p. 1-26, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>>. Acesso em: 21 ago. 2022.



Capítulo 10

**O IDOSO COM QUEIXAS DE MEMÓRIA NO
AMBULATÓRIO: COMO ABORDAR?**



Beatriz Isabele Araujo Coelho
Maria Eduarda Marinho Caúla Alcântara
Adriana de Melo Gomes

INTRODUÇÃO

Queixas de memória são muito frequentes em consultas ambulatoriais, principalmente entre idosos e esta queixa pode estar relacionada ao processo de envelhecimento fisiológico, a distúrbios de humor, síndromes demenciais ou patologias sistêmicas potencialmente reversíveis. Devido a potencial gravidade destas patologias e seus impactos na vida do paciente, da família e na sociedade esta queixa deve ser sempre avaliada.

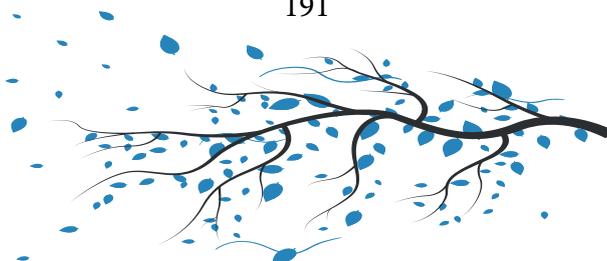
Apesar do diagnóstico de doenças associadas à queixa de memória ser possível mesmo em estágios iniciais, quase metade dos pacientes idosos da atenção primária permanece sem diagnóstico e sem tratamento. Isso ocorre em parte por falta de acesso a métodos de avaliação, dificuldade em encaminhar para os serviços de apoio necessários ou até por falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde.

O presente capítulo se destina, portanto, à luz dos conhecimentos atuais, auxiliar na avaliação inicial de pacientes idosos com queixas de memória.

CONCEITOS IMPORTANTES

Cognição é o conjunto de habilidades intelectuais que tornam o ser humano capaz de adquirir conhecimento, desempenhar atividades e desenvolver relações sociais, tendo como base os seguintes domínios – atenção, função executiva, linguagem, memória, praxias, habilidades visoespaciais e comportamento. (FREITAS, 2017)

Memória é a capacidade de armazenar informações e fatos, responsável por funções corticais importantes, como o aprendizado e a linguagem. “O adulto normal esquece, lembra-se de que esqueceu e mais tarde lembra o que esqueceu. O paciente com demência esquece, esquece que esqueceu e não se preocupa com isso segundos depois.” - Dr. Dan Blazer. (ALBERTO, 2015) (ALBERTO, 2015)



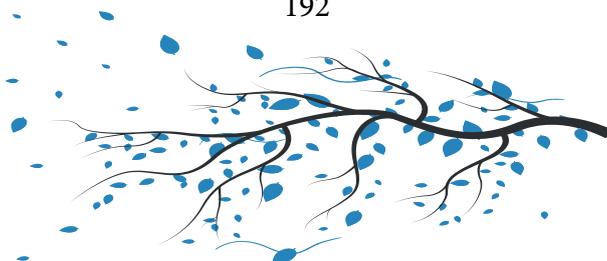
Funcionalidade é a habilidade do idoso de executar atividades que permitem cuidar de si próprio e viver independente em seu meio. Influenciada por doenças ou injúria associada com fatores ambientais e sociais.

Transtorno neurocognitivo leve TNCL é um estado de declínio cognitivo maior que o esperado para a idade, mas que não afeta a funcionalidade e é associado a um risco maior de progredir para demência em cerca de quase 15% dos casos.

Transtorno cognitivo maior TNCLM (Demência) é uma síndrome caracterizada pelo declínio da capacidade cognitiva (pelo menos dois domínios) suficientemente grave para interferir na capacidade funcional. Não necessariamente a memória estará afetada no início e não há relação com alteração do nível de consciência. (DINIZ, 2019).

EPIDEMIOLOGIA

O envelhecimento populacional está ocorrendo de forma acelerada, levando ao aumento de casos de declínio cognitivo, o qual já pode ser considerado um problema de saúde pública, uma vez que as habilidades cognitivas estão diretamente ligadas à independência do idoso, podendo provocar graus de incapacidade que afetam o comprometimento funcional e a qualidade de vida. Comparando 2016 com 1990, o número global de pessoas vivendo com demência quase dobrou. (GBD 2016 DEMENTIA COLLABORATORS, 2018). Os custos elevados associados e sua crescente prevalência demandam um esforço para se encontrar meios efetivos de intervenção, principalmente nos países de baixa e média renda. Estudos apontam que a incidência e a prevalência da demência aumentam em função do avançar da idade e que a percentagem de prevalência passa de 5,6% aos 75-79 anos para >20% aos 85-89 anos. Espera-se que triplique o número de pessoas que vivem com demência – de 50 milhões para 152 milhões - até 2050, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Há previsão de que, na América do Sul, a prevalência de Doença de Alzheimer cresça mais de 500% até 2050,



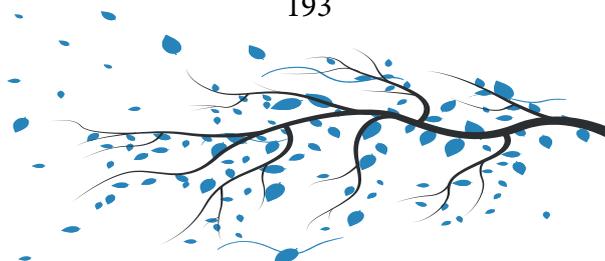
o que implica diretamente no aumento de custos e do número de hospitalizações. O paciente com demência tem, em média, 3x mais chance de ter doenças crônicas e de ser hospitalizado, o que gera gastos médios anuais 3x maiores. Além disso, a demência é considerada um preditor significativo de mortalidade. Apenas no Brasil, acredita-se que quase 2 milhões de pessoas têm demências, sendo cerca de 40% a 60% Alzheimer, tipo mais frequente. (SBGG, 2019)

As perdas cognitivas decorrentes das demências TNCM são mais prevalentes na população feminina, entre indivíduos com baixa escolaridade e baixa condição econômica, e tem diversos fatores de risco como sedentarismo, idade avançada, situação de fragilidade e presença de comorbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e ansiedade. (RAMOS, 2009).

Os idosos apresentam comumente queixas relacionadas a funções cognitivas, em especial da memória. Um estudo realizado em São Paulo constatou que 54% das pessoas acima de 65 anos de idade têm queixa de memória e 12% observam prejuízo nas atividades cotidianas decorrente disso. (BRUCKI, 1994)

ABORDAGEM DAS QUEIXAS DE MEMÓRIA

No processo de envelhecimento fisiológico ocorrem algumas alterações cognitivas podemos ter uma alteração de memória associada, mas de maneira leve e que não afeta a funcionalidade. O que acontece são esquecimentos ocasionais e a necessidade de mais tempo para formar novas memórias e para aprender novas tarefas. De fato, a prevalência da demência aumenta significativamente com o avançar da idade, mas ela jamais deve ser considerada como algo “natural” do idoso. Existem as “linhas vermelhas” ou “alertas” que podem nos ajudar a discernir o que é normal do que não é normal. (FREITAS, 2017)



QUEM DEVEMOS INVESTIGAR?

Estudos mostram que não há benefício em rastrear todos os idosos para demência. Então, devemos ficar atentos às queixas de declínio relatadas por familiares, pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento que não tinham antes, com alteração de comportamento e os que apresentam delirium quando hospitalizados. (RAMOS, 2009)

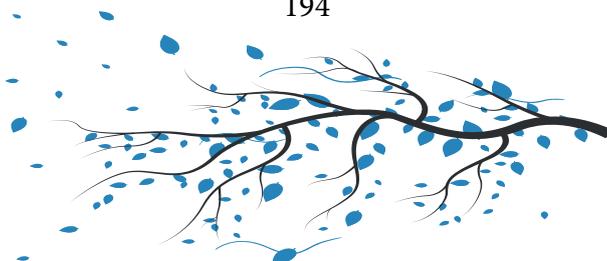
Na avaliação da queixa de memória, o “sinal de alerta” ou a “linha vermelha” é justamente o impacto que o déficit tem na funcionalidade do paciente. As atividades diárias estão alteradas por esse déficit? O paciente está deixando de fazer as coisas que fazia antes (declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e desempenho)? Assim, é de suma importante avaliar o impacto da perda de memória na rotina para diferenciarmos os quadros fisiológicos dos quadros de Transtorno Cognitivo Leve e Demência. (FREITAS, 2017)

COMO DEVEMOS INVESTIGAR

Na avaliação podemos lançar mão de uma anamnese bem detalhada, testes cognitivos amplos e estruturados, exame físico e exames complementares (laboratoriais e de imagem). Os testes neuropsicológicos tornam possível a avaliação mais objetiva do déficit cognitivo, o qual é relacionado ao grau de interferência nas atividades de vida diária. (FREITAS, 2017)

Para uma boa avaliação, é necessário tempo suficiente e ambiente adequado e calmo. Vale ressaltar que observações e relatos de familiares e cuidadores são importantes e devem sempre ser valorizados para o raciocínio clínico.

É importante fazer a identificação de fatores de risco modificáveis, como estilo de vida e escolaridade, e não modificáveis para o declínio cognitivo e para o desenvolvimento de demência, como gênero feminino e idade avançada.



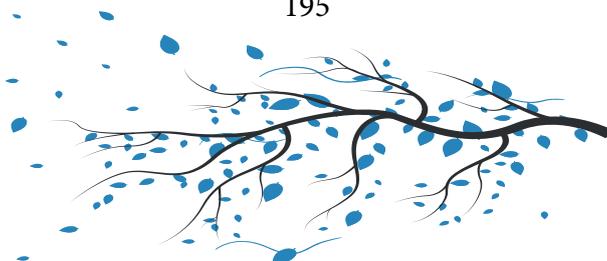
Além disso, é imprescindível que se faça o diagnóstico diferencial. Deve-se sempre procurar identificar causas potencialmente reversíveis. A queixa é persistente? A instalação foi súbita ou progressiva? Se progressiva, mais provavelmente está associada à doença degenerativa. Se súbita, é importante fazer o diagnóstico diferencial, pois há probabilidade de ter associação com um problema potencialmente reversível como, por exemplo, desidratação grave, má nutrição, polifarmácia, delirium, depressão e doenças cerebrovasculares. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

É necessário, ainda, sempre lembrar de perguntar quais medicamentos o idoso faz uso, pois há drogas que podem causar alterações psicomotoras e comprometer a memória em graus variados. O principal exemplo são os benzodiazepínicos, mas também existem outros como os anti-histamínicos, betabloqueadores não seletivos (ex: propranolol), antidepressivos (principalmente tricíclicos), neurolépticos, e anticonvulsivantes (principalmente barbitúricos). (DINIZ, 2019)

Além disso, é de suma importância realizar a investigação com exames laboratoriais e de imagem. Quadro1 No screen laboratorial obrigatório, deve ser solicitado: hemograma, glicemia, função hepática, TSH, vitamina B12, ácido fólico, VDRL e anti-HIV, para descartar causas sistêmicas e infecciosas. O estudo deve ser complementado, quando possível, com Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RNM), de preferência com volumetria do hipocampo MTA (“Medial Temporal lobe Atrophy”). Em casos especiais e principalmente em pesquisas clínicas podemos utilizar biomarcadores nos Fluidos Cerebrais: Beta-Amiloide: Níveis de beta-amiloide no líquido cefalorraquidiano podem ser medidos e podem indicar a presença de placas de beta-amiloide no cérebro.

Tau

Total e Tau Fosforilada: Níveis elevados de proteína tau total ou tau fosforilada no líquido cefalorraquidiano podem ser indicativos de danos neuronais, como na doença de Alzheimer. Relação Tau/Beta-Amiloide: A relação entre as concentrações de tau e beta-amiloide no líquido cefalorraquidiano pode fornecer informações adicionais sobre o estado neurodegenerativo. E Biomarcadores Genéticos: APOE ϵ 4: Uma variante genética do gene APOE (apolipoproteína E) chamada APOE ϵ 4



está associada a um maior risco de desenvolvimento da doença de Alzheimer.

Os exames de imagem desempenham um papel importante no diagnóstico e na avaliação das queixas de memória, permitindo aos médicos observar as mudanças estruturais e funcionais no cérebro. Aqui estão alguns dos exames de imagem mais comuns usados no diagnóstico de demência:

Tomografia de crânio sem contraste ou Ressonância Magnética e em casos mais específicos ou para fins de pesquisa podemos utilizar ainda:

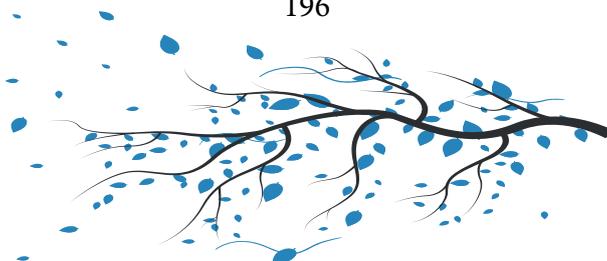
Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET): Na demência, a PET pode ser usada com traçadores específicos para detectar acúmulo de beta-amiloide (placas) ou para medir o metabolismo cerebral, o que pode indicar áreas do cérebro com atividade reduzida.

Tomografia por Emissão de Fóton Único (SPECT): Semelhante à PET, a SPECT é uma técnica de imagem funcional que utiliza traçadores radioativos para avaliar o fluxo sanguíneo e a atividade cerebral. Ela pode ajudar a identificar padrões de perfusão sanguínea anormais associados a diferentes tipos de demência.

• Imagem de Ressonância Magnética Funcional (fMRI): A fMRI mede as mudanças no fluxo sanguíneo cerebral em resposta a atividades mentais, permitindo a visualização da atividade funcional do cérebro. Pode ajudar a mapear áreas cerebrais envolvidas em funções específicas e a entender melhor como a atividade cerebral está afetada na demência.

Anamnese com o paciente e com o familiar
Especificar sintomas, modo de início, duração e evolução
Avaliar comprometimento funcional(atividades básicas e instrumentais de vida diária)
Investigar fatores de risco, antecedentes e história familiar
Investigar sintomas depressivos e excluir delirium
Listar drogas em uso
Exames laboratoriais e de imagem
Genética geralmente em pesquisas

Quadro 1: Etapas de investigação clínica-laboratorial.

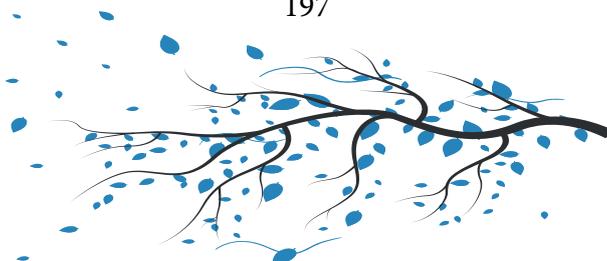


ANAMNESE COGNITIVA

A anamnese cognitiva é o primeiro passo para o diagnóstico correto. Inicialmente, identifica-se as características relevantes para o exame cognitivo, como idade, grau de escolaridade, funções desempenhadas, atividades de vida diária e dominância manual. Os testes a serem aplicados podem ter uma pontuação variável a depender do grau de escolaridade e das funções do paciente, levando a possíveis falsos positivos ou negativos (SEWELL, 2017). O quadro basal do paciente deve ser estabelecido utilizando-se do Questionário de Atividades Funcionais e o Inventário de Atividades Instrumentais, que será mais explorado na parte de testes cognitivos. Esse quadro basal auxilia no acompanhamento da evolução do quadro clínico do paciente nas consultas subsequentes.

Posteriormente, a investigação ativa com perguntas direcionadas como, por exemplo, “Quando você começou a perceber a perda de memória?” e “Como tem progredido desde então?” Podem fornecer evidências do nível de comprometimento, visto que muitas vezes tanto o paciente quanto o acompanhante não possuem certeza quanto ao início do quadro. A cronologia deve ser bem detalhada, bem como o tempo de declínio cognitivo e o curso da evolução (aguda, subaguda, insidiosa e lentamente progressiva).

Além disso, frequentemente a queixa de perda de memória vem associada a outros sintomas, como dificuldade de linguagem, atenção e praxias, distúrbios de função motora ou de visão, tremores, desequilíbrio, quedas, incontinência urinária, alterações no ciclo sono-vigília, entre outros. Então, discriminar detalhadamente auxilia a escolher um teste mais adequado e direcionar diagnósticos diferenciais. Os sintomas neuropsiquiátricos merecem maior atenção, principalmente quanto à alteração comportamental, impulsividade, apatia, tristeza, choro ou riso imotivados, visto que pacientes com esses tipos de mudanças iniciais são mais propícios a desenvolverem declínios cognitivos mais graves, principalmente os que apresentam ansiedade, humor deprimido, apatia e irritabilidade.



Além das comorbidades e hábitos de vida, deve-se constar os medicamentos utilizados nos antecedentes pessoais e investigar entre os familiares doenças neurológicas degenerativas, principalmente a doença de Alzheimer de início precoce. (DINIZ, 2019)

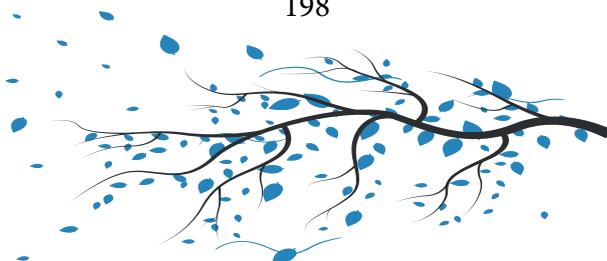
Durante a entrevista clínica, é estabelecido a relação médico-paciente, onde pode-se gerar confiança e conforto que ajudam a amenizar ansiedades e medos gerados pelos próximos testes de desempenho.

EXAME FÍSICO

O exame físico ajuda a buscar sinais de doenças que afetam a cognição para descartar alguma apresentação atípica, inclusive de doenças descompensadas que podem levar a alterações de consciência, como hipotireoidismo e insuficiência hepática. Além do exame físico geral, o exame neurológico foca em analisar reflexos, tônus muscular, déficits neurológicos focais e movimentos oculares, além de uma atenção especial à alteração ou desaceleração da marcha, pois, geralmente, a doença de Alzheimer (DA) não é causa de déficit motor ou sensorial.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A avaliação funcional deve ser feita em todos os pacientes, pois é critério fundamental para estabelecermos diagnóstico de síndrome demencial. Temos opções de escalas de fácil execução que podem ser utilizadas para isso, como o Questionário de Avaliação Funcional de Pfeffer (PFAQ) e a Escala de Atividades Básicas da Vida Diária de Katz, os quais serão detalhados no capítulo 11: “Idoso com demência avançada e a síndrome da imobilidade.”



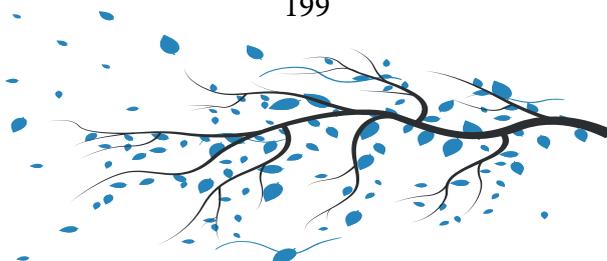
TESTES COGNITIVOS

Os testes cognitivos são ferramentas valiosas para identificação e descrição de muitos distúrbios cognitivos e podem auxiliar no diagnóstico diferencial do envelhecimento normal, comprometimento cognitivo leve (CCL), doença de Alzheimer e outras demências e depressão. Além disso, os resultados dos testes podem ajudar a responder a questões clínicas críticas sobre a segurança de um paciente que continua dirigindo, morando sozinho ou administrando finanças. Lembrando sempre que eles são complementares e sozinhos não definem diagnóstico. Atentar sempre que os resultados são impactados pelo nível educacional/cultural do paciente, o que deve influenciar na escolha do teste a ser feito.

A variabilidade entre os perfis neuropsicológicos é mais aparente nos primeiros anos da doença, ressaltando a importância da avaliação e diagnóstico precoces. Primeiramente, avalia-se as funções cognitivas de maneira geral, com testes de rastreios de preferência rápidos e de fácil aplicabilidade. Em caso de alterações por pontuação abaixo do ponto de corte, estimado de acordo com a escolaridade do indivíduo, se faz necessário iniciar uma investigação para síndrome demencial ou possível TNCL.

Para uma avaliação prática e rápida lançamos mão de testes mais simples. Lembre-se sempre de explicar ao paciente que irá fazer um teste simples para avaliar sua memória e que os acompanhantes não podem ajudar. Podem ser utilizados, por exemplo, o Mini-Mental, o teste do relógio e o teste da fluência verbal, o MoCA que são testes mais tradicionais e muito utilizados na prática diária. Abordaremos melhor cada um deles no capítulo seguinte (capítulo 11).

Pensando em driblar as principais dificuldades para o diagnóstico precoce, atualmente temos testes chamados ultra rápidos, bastante úteis principalmente para avaliação inicial em ambientes de atenção primária de saúde e consultas não especializadas, como por exemplo:



MINI AVALIAÇÃO COGNITIVA (MINI-COG)

Leva em torno de 2 a 4 minutos para ser aplicado e avalia a memória de evocação. Pede-se para o paciente memorizar três palavras, as quais deverão ser lembradas e repetidas após um distrator, que é desenhar um relógio seguindo algumas orientações.

O paciente pontua um ponto para cada palavra lembrada e o desenho correto do relógio vale dois pontos. De 3 a 5 pontos são resultados considerados normais e de 0 a 2 pontos são anormais, indicando a necessidade de melhor avaliação. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

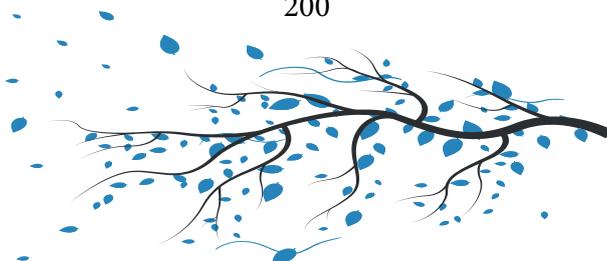
TRIAGEM COGNITIVA DE 10 PONTOS (CS-10)

É um instrumento de triagem capaz de detectar deficiências cognitivas de forma breve. Avalia a orientação temporal de três itens (data, mês, ano), fluência verbal de categoria (nomeação de animais em 1 minuto) e memorização de três palavras (Carro, Vaso e Tijolo).

A cada questão correta, atribuiu-se o valor de um ponto e a pontuação para nomeação de animais é escalonada até quatro pontos, a depender da quantidade de animais nomeados (0 – 5: 0 ponto; 6 – 8: 1 ponto; 9 – 11: 2 pontos; 12 – 14: 3 pontos; ≥ 15 : 4 pontos). De 0 a 5 pontos é considerada uma provável deterioração cognitiva, de 6 a 7 pontos, uma possível deterioração cognitiva, e de 8 a 10 pontos o exame é considerado normal. O teste deve ser ajustado para nível de escolaridade. (APOLINARIO, 2016)

GPCOG (GENERAL PRACTITIONER ASSESSMENT OF COGNITION)

É uma avaliação dividida em 2 etapas. A primeira é a avaliação do paciente, composta por



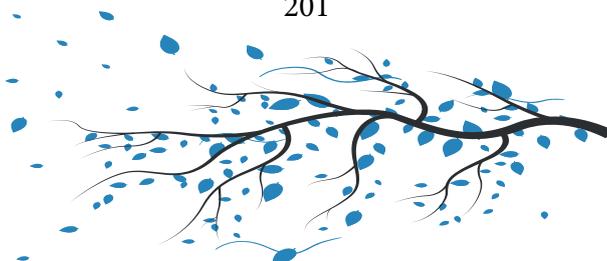
nove itens de avaliação cognitiva envolvendo dizer um nome e informações de um endereço (ex: Prado, Rua do comércio, número 42, Centro) para posterior tarefa de evocação, orientação temporal (interrogar qual a data de hoje), desenho do relógio (dos números e dos ponteiros em determinada hora) e contar alguma informação (como notícia recente). Se a pontuação final for máxima (9), significa ausência de comprometimento cognitivo significativo, não sendo necessárias testagens adicionais. Se entre 5 – 8, indica que mais informações são necessárias e que deve-se proceder com a etapa 2. Se entre 0 – 4 é indicação de comprometimento cognitivo, devendo-se conduzir investigações indicadas.

A segunda etapa é a entrevista com o informante, composta por seis questões sobre a percepção dele sobre o paciente, comparando sua situação atual com a de 5-10 anos atrás. Se o resultado for de 4 – 6 pontos, indica ausência de comprometimento cognitivo significativo. Enquanto se for de 0 – 3 pontos, é indicação de comprometimento cognitivo. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

QUANDO ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA?

A avaliação neuropsicológica deve ser realizada apenas por profissional habilitado em neuropsicologia. Abaixo temos as principais indicações:

- Paciente apresenta queixas cognitivas consistentes, mas com poucas alterações nos testes;
- Em caso de pacientes com alto nível intelectual, pode ocorrer caso falso-negativo nos testes de rastreios.
- Suspeita de prejuízo de funções executivas, visoespaciais ou viso-receptivas não avaliadas adequadamente nos testes de rastreio;
- Em caso de diagnóstico de declínio cognitivo subjetivo e classificação do comprometimento cognitivo leve.
- Para fins de pesquisa clínica e acompanhamento.



TRATAMENTO

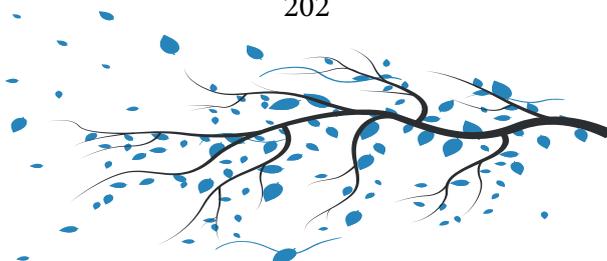
Além da atenção do médico, as queixas cognitivas e suas consequências funcionais precisam de trabalho e acompanhamento de uma equipe interdisciplinar integrada por terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social. Nem todos os pacientes terão condições de acesso adequado a estes profissionais e as necessidades podem vir em momentos diferentes, portanto cabe ao gestor do paciente estar atento às necessidades e encaminhamento adequado.

Mesmo que a queixa de memória seja decorrente de um declínio cognitivo natural não relacionado a doença, é importante intervir a fim de melhorar o desempenho funcional do idoso, visto que este aspecto está relacionado à sua saúde e qualidade de vida.

Em geral, o esquecimento pode ser amenizado com cuidados, como hábitos alimentares mais saudáveis, práticas regulares de atividades físicas, cognitivas, sociais e de lazer. A depender do diagnóstico ou da condição do idoso, o tratamento específico pode variar. Para fazê-lo, é necessário investigar e caracterizar bem a queixa, com base em tudo que citamos anteriormente, e fazer um diagnóstico fidedigno, o mais precocemente possível.

Com exceção das demências potencialmente reversíveis atualmente, ainda não temos uma terapêutica realmente curativa para a síndrome demencial. As medicações disponíveis são sintomáticas e as respostas podem ser variadas com alguns pacientes não respondendo ao tratamento.

A estimulação cognitiva é indicada, tendo um importante papel em desacelerar o declínio da capacidade cognitiva. Ela visa estimular o paciente, através de atividades cognitivas e lembranças, estímulo de múltiplos sentidos e contato com outras pessoas, e pode ser oferecida em grupo ou individualmente, com auxílio de familiares e cuidadores. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).



TERAPIAS FARMACOLÓGICAS:

Inibidores da Colinesterase: Donepezila, Rivastigmina e Galantamina podem ser prescritos para melhorar temporariamente os sintomas cognitivos e comportamentais.

Antagonista dos receptores NMDA: Memantina usado para tratar sintomas moderados a graves da doença de Alzheimer.

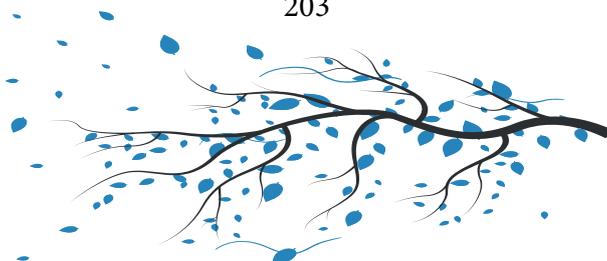
Anticorpos monoclonais anti-amiloide – Aducanumabe, Lecanumabe, Donanemab já aprovados pelo FDA, mas ainda com alto custo, efeitos colaterais que não podem ser desprezados, benefício clínico modesto e nas fases mais precoces da doença.

Terapias Modificadoras da Inflamação: Algumas pesquisas focam em medicações que reduzem a inflamação crônica do cérebro, que é uma característica da doença de Alzheimer. Isso inclui medicamentos que modulam a resposta imunológica.

Vacinas Anti-Beta-Amiloide: Algumas abordagens de vacinas visam ativar o sistema imunológico para atacar e remover as placas beta-amiloide. No entanto, essa abordagem tem sido desafiadora devido a possíveis efeitos colaterais.

Muitos pacientes poderão ter sintomas depressivos e o tratamento específico deve ser indicado. Se insônia, dar preferência a higiene do sono e evitar benzodiazepínicos. Os sintomas comportamentais devem ser preferencialmente manejados com medidas não farmacológicas. Mas, em casos especiais, como risco ao paciente ou aos cuidadores, podemos lançar mão de medicações, como antipsicóticos. Deve-se sempre ter o cuidado de evitar a polifarmácia, principalmente no paciente idoso, tentando-se sempre utilizar o menor número de medicações possível.

“Estar fora da possibilidade de cura não significa estar fora de possibilidade de vida...” - Maciel et al, 2007.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A queixa de memória em idosos deve ser avaliada e pode ser trabalhada ainda na atenção primária. A avaliação cognitiva é o primeiro passo para investigar esse tipo de queixa, mesmo que seja complicado administrar tempo adequado, ter um informante confiável e ambiente apropriado para sua execução. Quando bem realizada, a avaliação torna possível que o clínico atue com exames e encaminhamentos quando necessário, além de recomendações e orientações. O manejo é fundamental visto que pode ser possível melhorar a qualidade de vida do paciente desacelerando a progressão do quadro.

O conhecimento precoce de um diagnóstico de TNCM pode melhorar os resultados de saúde de várias maneiras: promovendo o encaminhamento à equipe multiprofissional, iniciando o tratamento farmacológico durante o período da doença em que pode ter melhor resposta, fornecendo oportunidades de pesquisa clínica aos familiares, e dando aos pacientes a oportunidade, enquanto ainda mantêm a capacidade de decisão, de se preparar para o futuro criando diretivas antecipadas e tomando decisões sobre finanças e outros assuntos familiares.

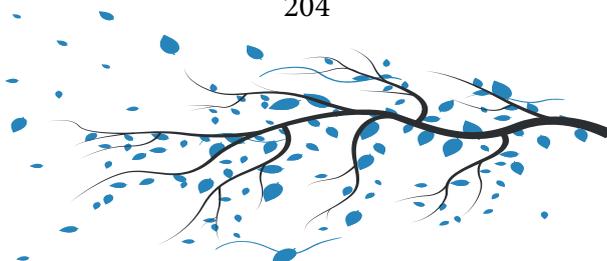
REFERÊNCIAS

ALBERTO, Carlos; FARIA, Nicole Costa. Memória. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 28, p. 780–788, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/prc/a/kpHrP364B3x94KcHpCkVkQM/?lang=pt>>.

Acesso em: 28 abr. 2022.

DINIZ, Lucas R.; GOMES, Daniel Christiano de A.; KITNER, Daniel. *Geriatrics*. MedBook Editora, 2019.

RAMOS, AM et al. *Demência do Idoso: Diagnóstico na Atenção Primária à Saúde*. Projeto Diretrizes



- Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2009. Disponível em: <https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/demencia-do-idoso-diagnostico-na-atencao-primaria-a-saude.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

Brucki SMD, et al. Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease: aspectos epidemiológicos. *Arq Neuro-Psiquiatria* 1994;52(suppl):1-9.

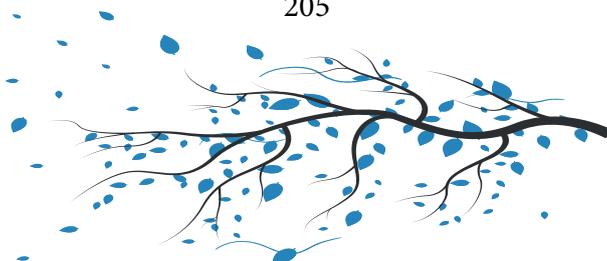
SBGG, *Geriatria e Gerontologia* [S.I], 20 set. 2019. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/em-dia-mundial-do-alzheimer-dados-ainda-sao-subestimados-apesar-de-avancos-no-diagnostico-e-tratamento-da-doenca/>>. Acesso em: 20 abr. 2022.

GBD 2016 DEMENTIA COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet: Neurology*, [S. 1.], 2019, v. 18, ed. 1, p. 88-106, 26 nov. 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(18\)30403-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(18)30403-4/fulltext)>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SEWELL, Margaret; LI, Clara; SANO, Mary. *Neuropsychology in the Diagnosis and Treatment of Dementia*. Brocklehursts Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology, 2017.

Harwood el al. Investigação de comprometimento cognitivo • Critérios diagnósticos. *Jorn AF, Gerontology* 2000; 2000:219-227. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8:84-91.

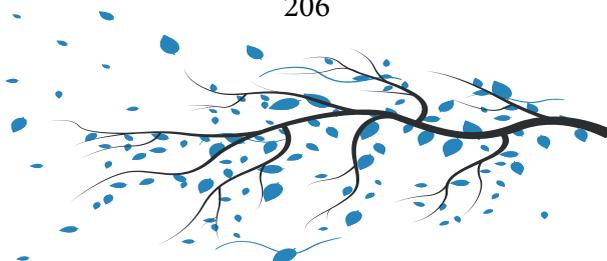
Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE). Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.



Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

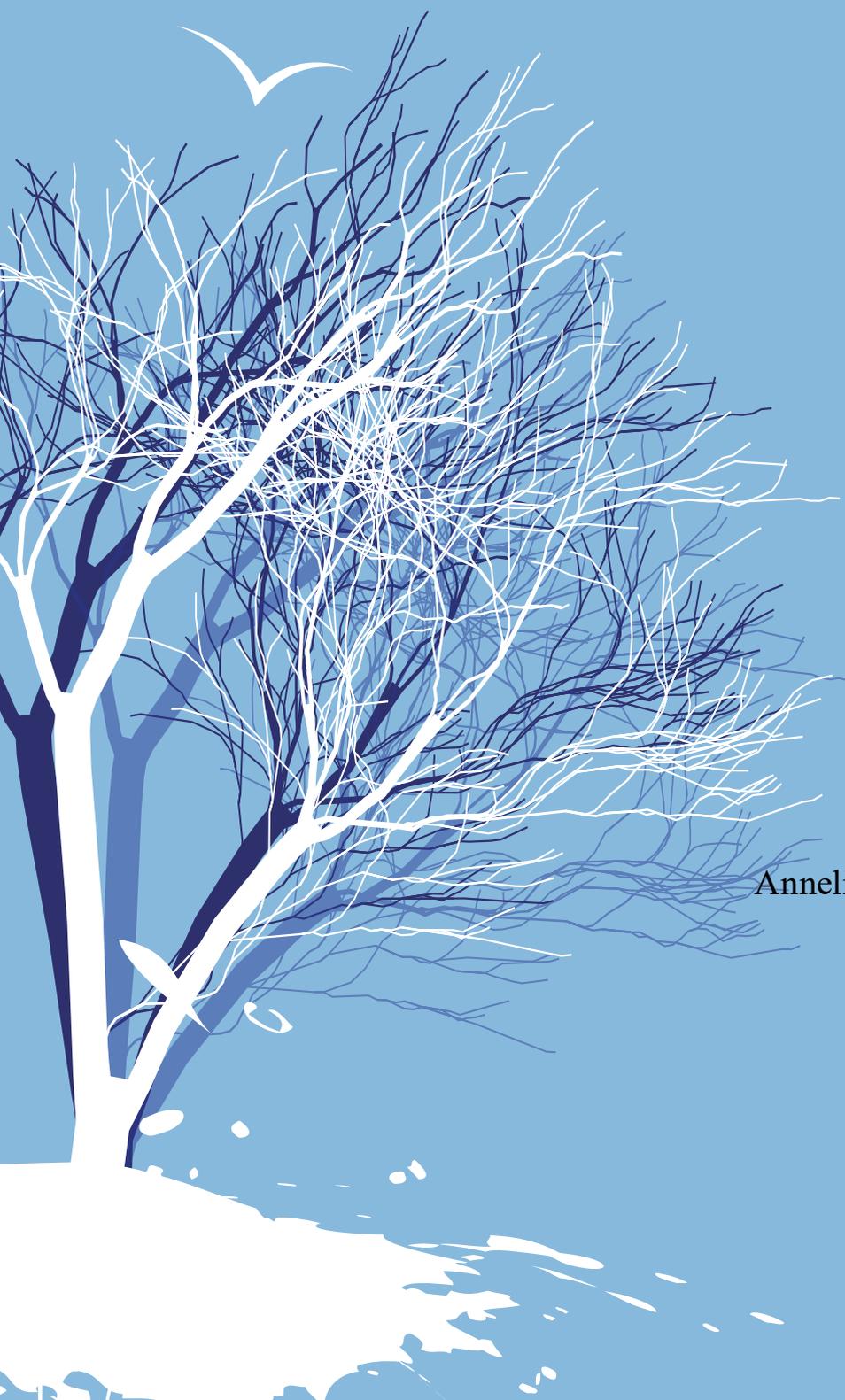
Apolinario D, Lichtenthaler DG, Magaldi RM, Soares AT, Busse AL, Amaral JR, et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(1):4-12. . PMID:25779210.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



Capítulo 11

**O IDOSO COM DEMÊNCIA AVANÇADA E SÍNDROME DA
IMOBILIDADE**



Annelise Rebeca Tomais de Oliveira
Clarice Câmara Correia

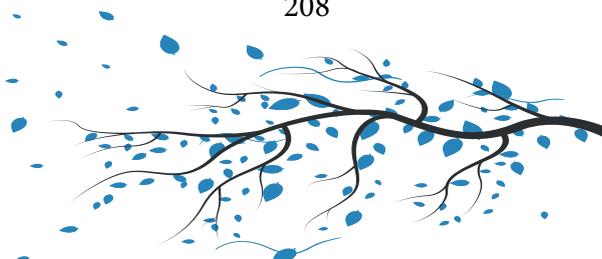
INTRODUÇÃO

A porcentagem de indivíduos na fase da vida mais tardia do idoso, ou seja, acima dos 75 anos, vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. Esse momento é onde mais ocorrem alterações neurodegenerativas e perdas funcionais, levando por diversas vezes à à imobilidade. Neste capítulo, teremos uma recapitulação do diagnóstico de síndrome demencial e a relação entre demência avançada e síndrome da imobilidade. (DINIZ, 2021); (BURLÁ, 2023)

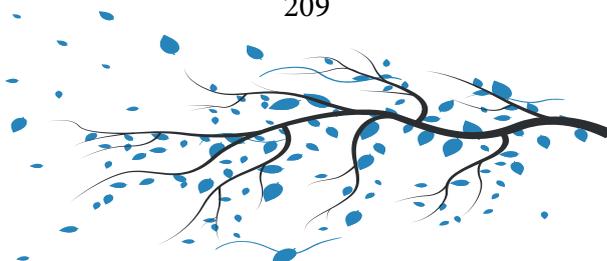
DEMÊNCIA

A demência, ou transtorno neurocognitivo maior, registra só no Brasil mais de 55 mil novos casos/ano, com tendência de crescimento. Ela é caracterizada por um declínio cognitivo de início gradual, em que as atividades comuns da vida do indivíduo são afetadas. Para que ocorra o diagnóstico de demência são afetados os domínios cognitivos - não necessariamente havendo prejuízo da memória (exceto na Doença de Alzheimer, onde o déficit na memória faz-se necessário para o diagnóstico) - e com outras particularidades de cada um subtipos de síndrome demencial. Na demência avançada, há prejuízos em todos os domínios cognitivos de forma profunda. (CANTILINO e MONTEIRO, 2017); (BURLÁ, 2023).

DOMÍNIOS COGNITIVOS	
Atenção complexa	Atenção sustentada Capacidade de manter a atenção ao longo do tempo Atenção seletiva Manter o foco atento apesar de distratores Atenção dividida Participar de duas tarefas ao mesmo tempo



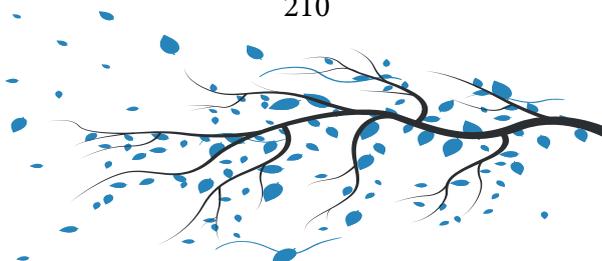
<p>Função executiva</p>	<p>Memória de Trabalho Capacidade de reter informações por um período curto e em seguida usar em prática, como reter um número de telefone e anotá-lo em seguida</p> <p>Flexibilidade mental/cognitiva Capacidade de mudar o seu conceito sobre algo/alguém</p> <p>Capacidade de inibição Dar nome da cor da fonte de uma palavra e não nomear a palavra</p> <p>Além de: planejamento, tomada de decisões, resposta a feedback, utilização de erros para aprendizado.</p>
<p>Aprendizagem e memória</p>	<p>Memória imediata Às vezes considerada como memória de trabalho, pois tem a ver com a sustentação da memória, mas também com colocá-la em prática (execução)</p> <p>Memória recente É a memória que sustenta informações novas, e os aspectos a serem testados incluem a evocação livre, a evocação com pistas e a memória de reconhecimento</p> <p>Memória de longo prazo Engloba a memória semântica, relacionada com recordar fatos; memória autobiográfica, relacionada com eventos pessoais ou pessoas; memória de aprendizagem, relacionada com o aprendizado inconsciente de habilidades; e memória implícita, relacionada com procedimentos.</p>
<p>Linguagem</p>	<p>Linguagem expressiva Identificação de objetos ou figuras</p> <p>Fluência verbal Avalia-se com fonêmica de palavras que começam com f ou em categoria semântica por animais</p> <p>Gramática/sintaxe Escrita e coesão textual</p> <p>Linguagem receptiva</p>



	Compreensão e realização de tarefas conforme comando verbal
Função perceptomotora	<p>Percepção visual Capacidade de interpretar as informações que a visão recebe</p> <p>Função visuoestrutiva Capacidade de coordenar itens com olhos e mãos</p> <p>Função perceptomotora Integração da percepção com movimentos que têm um propósito</p> <p>Praxia Integridade de movimentos aprendidos, habilidade de imitar e gestos</p> <p>Gnosia Integridade perceptiva da conscientização e do reconhecimento</p>
Cognição social	Capacidade de reconhecer e compreender cognitivamente as emoções (pensamentos, desejos, intenções) das pessoas e de si mesmo

Fonte: (FREITAS, 2022); (CANTILINO e MONTEIRO, 2017)

Podem ainda ocorrer alterações neuropsiquiátricas como labilidade emocional, irritabilidade, ansiedade, desinibição, apatia, perda de interesse, sintomas depressivos, agitação, distúrbio de sono, delírios (exemplo: pensamentos persistentes de roubos, furtos, perseguições que não existam) e alucinações. É importante descartar como diagnóstico diferencial a depressão e o delirium (para depressão veja o capítulo 8 e para delirium, o capítulo 9). Atualmente, a referência para critérios diagnósticos de transtorno neurocognitivo leve e maior é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V. (FREITAS, 2022); (CANTILINO e MONTEIRO, 2017).



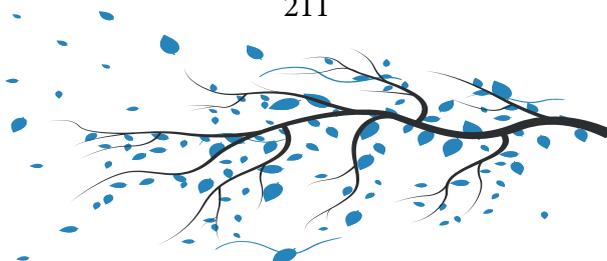
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR - DSM V
<p>A. Evidências de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social), com base em:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que há declínio significativo na função cognitiva; e 2. Prejuízo substancial no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, por outra investigação clínica quantificada.
<p>B. Os déficits cognitivos interferem na independência em atividades da vida diária (i.e., no mínimo, necessita de assistência em atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como pagamento de contas ou controle medicamentoso).</p>
<p>C. Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de delirium. D. Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, esquizofrenia).</p>
<p>Determinar o subtipo (Checar Apêndice).</p>

Fonte: (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

DIAGNÓSTICO DAS DEMÊNCIAS

O diagnóstico de síndrome demencial é inerentemente clínico, visto que se trata de declínio cognitivo ou comportamental de nível suficiente para afetar a funcionalidade do indivíduo. A capacidade funcional é a habilidade de executar atividades diárias dentro de uma normalidade, compreende tanto às atividades básicas de vida diária (ABVD) como autocuidado, alimentação, banho, quanto às atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como fazer compras, manipular dinheiro, atividades mais elaboradas. (FREITAS, 2022); (AMARAL, 2009).

Já o diagnóstico da etiologia da demência exige investigação complementar, inclusive por meio de exames laboratoriais e de neuroimagem estrutural, essencialmente a tomografia computa-



dorizada ou ressonância magnética de crânio, mas em determinadas situações outros como eletroencefalograma, exame do líquido cefalorraquidiano, exames de neuroimagem funcional, dentre outros. Para realizar o diagnóstico da síndrome demencial, é necessário obter a história clínica com o paciente e com um familiar ou pessoa próxima. A princípio o objetivo é identificar se há declínio cognitivo ou comportamental que tenha impacto sobre o desempenho funcional do indivíduo. Uma dica também seria questionar aos familiares se o paciente está A) Fazendo coisas que antes não fazia. B) Ir fazer algo que já fez, porque esquece o que fez. C) Não lembrar de coisas que faz, sendo este último o mais indicativo de avanço da doença. O comprometimento cognitivo pode ser reconhecido por meio de perguntas relacionadas a cada uma das principais funções cognitivas e complementado por testes cognitivos validados para identificar e quantificar estes déficits. (FREITAS, 2022); (AMARAL, 2009); (CANTILINO e MONTEIRO, 2017).

ETIOLOGIAS

- Causas degenerativas: doença de alzheimer, demência de corpos de lewy, demência de parkinson, paralisia supranuclear progressiva, atrofia de múltiplos sistemas, degeneração corticobasal e demência frontotemporal.
- Causas vasculares: doença difusa de substância branca, isquemias cerebrais, hematoma subdural crônico, lesão por hipóxia.
- Causas infecciosas: HIV, tuberculose, neurosífilis, leucoencefalopatia multifocal progressiva; causas neoplásicas como tumores primários, metástases, síndromes paraneoplásicas.
- Causas autoimunes: vasculites, esclerose múltipla, sarcoidose.
- Causas de endocrinopatias: hipo/hipertireoidismo, insuficiência adrenal, hipercortisolismo, hipo/hiperparatireoidismo.
- Causas metabólicas: como nefropatias, hepatopatias, encefalopatia de Wernicke e defici-



ência de vitamina B12.

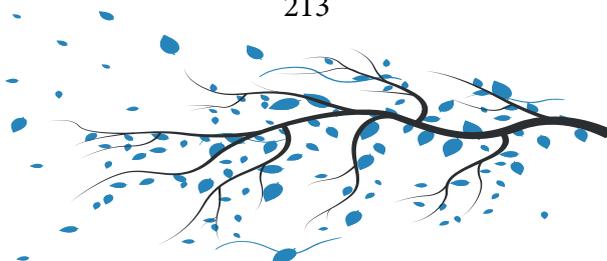
- Causas traumáticas: lesão axonal-difusa e demência pugilística; e tóxicas como alcoolismo, drogas, medicamentos e metais pesados. (AMARAL, 2009); (Ministério da Saúde, 2007).

AVALIAÇÃO COGNITIVA BREVE

Amplamente utilizada no meio médico, tem por finalidade analisar as funções cognitivas de forma direcionada, investigando habilidades cognitivas como memória, atenção, noção de tempo e espaço, escrita, leitura, linguagem, raciocínio e também a capacidade funcional do indivíduo. A funcionalidade está intimamente relacionada com a função cognitiva do indivíduo, sobretudo memória e funções executivas, visto que quando acontece um declínio nestas, está quase diretamente proporcional à queda de funcionalidade. É válido descrever a capacidade funcional do indivíduo de modo geral da seguinte forma: deficiência, incapacidade, desvantagem, dependência, independência e autonomia. (AMARAL, 2009); (CANTILINO e MONTEIRO, 2017). Abaixo estão listadas algumas ferramentas que auxiliam nessa avaliação:

A) O Mini Exame do Estado Mental - MEEM (Veja página —, Tabela 2), se demonstra uma ótima ferramenta para verificar a gravidade e evolução dos transtornos demenciais em quadros mais consolidados. Mas não é a melhor estratégia para realizar triagem, porque apresenta pouca sensibilidade em indivíduos com transtorno neurocognitivo leve e síndrome demencial em quadro inicial. (CANTILINO e MONTEIRO, 2017).

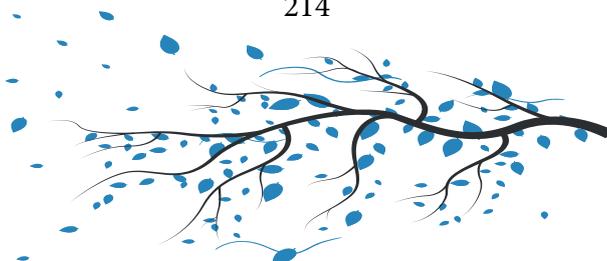
B) O Teste do Desenho do Relógio - TDR (Veja página —, Tabela 3), é de fácil aplicação e com estudos incluindo analfabetos validados até mesmo na população brasileira para doença de alzheimer, por exemplo. Nesse teste, pedimos para o paciente desenhar um relógio com todas as horas e ponteiros. Existem pontuações, de fato, mas a avaliação qualitativa entre relógio “normal” e



“anormal” serve melhor para rastreio e acompanhamento da evolução do quadro. (FREITAS, 2022).

C) O Montreal Cognitive Assessment - MoCA (Quadro *), foi inicialmente desenvolvido para detecção de comprometimento cognitivo leve em pacientes com desempenho apropriado no MEEM, mas também pode ser utilizado para auxílio no diagnóstico, gravidade e evolução. Aplicado em cerca de 10 minutos, é acessível pela internet (www.mocatest.org) e dispõe de versão brasileira para indivíduos com escolaridade de 4 anos ou mais. (CANTILINO e MONTEIRO, 2017).

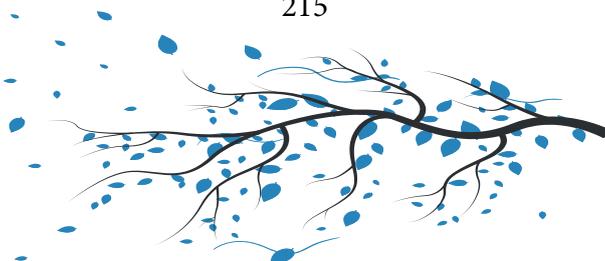
D) Teste de Fluência Verbal, que avalia as funções executivas e pode ser realizado em diversas categorias, a mais usada é a semântica, como o exemplo na tabela, pedindo ao paciente que diga o maior número possível de animais no intervalo de 1 minuto, sendo uma aplicação extremamente simples. Conta-se as palavras retirando-se repetições e diferenças de gênero (exemplo: pato/pata soma 1, enquanto boi/vaca somam 2). Em indivíduos sem escolaridade até 8 anos incompletos, o corte é 9 itens; e os com 8 ou mais, o corte é 13 itens. (FREITAS, 2022).



VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhe um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)		Pontos
				[] [] [] Contorno Números Ponteiros		
NOMFAÇÃO						
						3
MEMÓRIA		Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las, faça duas tentativas. Evocar após 5 minutos.		Roseta 1ª tentativa 2ª tentativa	Veludo Igreja Margarida Vermelho	Sem Pontuação
ATENÇÃO		Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta (1 número por segundo).		O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta.		[] 2 1 8 5 4 [] 7 4 2
		Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		[] F B A C N N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B		1
		Subtração de 7 considerando pelo 100.		[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		3
		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto.				
LINGUAGEM		Repeti: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje.		O gato sempre se esconde embaixo do sofá quando o cachorro está na sala.		2
		Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto).		[] _____ (N ≥ 11 palavras)		1
ABSTRAÇÃO		Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta		[] tram - bicicleta [] relógio - régua		2
EVOCAÇÃO TARDIA		Deve reconhecer as palavras SEM PISTAS.		Roseta [] Veludo [] Igreja [] Margarida [] Vermelho []		5
OPCIONAL		Pista de categoria Pista de múltipla escolha				
ORIENTAÇÃO		[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Cidade				6
© Z. Nasreddine MD www.mocatetest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luísa Rosas Sarmiento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)						TOTAL Adicione 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade. 30

AVALIANDO A CAPACIDADE FUNCIONAL

A) Escala de Atividades Básicas da Vida Diária de Katz (Ver página —, tabela 5) é uma das ferramentas mais difundidas no meio médico para avaliar a capacidade funcional, avaliando o

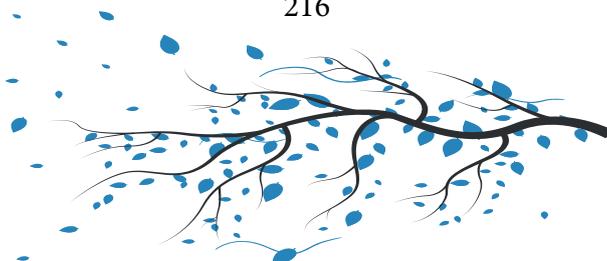


desempenho do indivíduo nas atividades de autocuidado. (FREITAS, 2022).

B) Questionário de Avaliação Funcional de Pfeffer - PFAQ (Quadro *), o índice de Pfeffer é um instrumento de avaliação indireta da funcionalidade do idoso, respondido pelo cuidador. Tem ponto de corte da pontuação >5, sugerindo dependência, alguns autores divergem para um ponto de corte >3, mas o mais importante é entender a relação do quanto maior a pontuação, maior é o grau da dependência. (CANTILINO e MONTEIRO, 2017).

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PFEFFER (PFAQ)
Pontuações para as respostas: (0) sim é capaz (0) nunca o fez, mas poderia fazer agora (1) com alguma dificuldade, mas faz (1) nunca fez e teria dificuldade agora (2) necessita de ajuda (3) não é capaz
1. É capaz de cuidar do seu próprio dinheiro? 2. É capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)? 3. É capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo? 4. É capaz de preparar comida? 5. É capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança? 6. É capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal? 7. É capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares? 8. É capaz de cuidar de seus próprios medicamentos? 9. É capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa? 10. É capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente? 11. É capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas?

Fonte: (Ministério da Saúde, 2007).

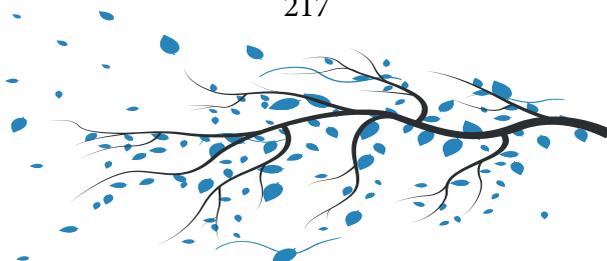


O rastreio na população idosa é importante porque muitos pacientes com sintomas leves passariam despercebidos em um MEEM ou numa anamnese mais curta. Os testes recomendados para rastreio são os mesmos acima citados, de preferência não utilizando o MEEM pela baixa sensibilidade em casos leves. Realizado o rastreio adequado, garante-se que até mesmo casos iniciais sejam conscientizados para seguir com acompanhamento frequente, e numa eventual evolução de transtorno neurocognitivo leve para demência, ou da evolução de gravidade dentro do quadro de uma demência leve para avançada, esse fato ser flagrado o mais prematuramente possível evitando que o paciente só passe a ser acompanhado quando já muito comprometido. (CANTILINO e MONTEIRO, 2017); (Ministério da Saúde, 2007).

FECHANDO O DIAGNÓSTICO

Somando-se os resultados de uma avaliação cognitiva breve à uma anamnese bem feita, aplicando os critérios diagnósticos do DSM-V e a luz de possíveis exames complementares, permite-se chegar a um diagnóstico. Além disso, pode ser feita uma Avaliação Neuropsicológica, realizada por psicólogos com especialização em neuropsicologia, que trás detalhes do íntimo de cada função comprometida. Esta avaliação não influi como critério diagnóstico por si, necessitando obrigatoriamente da avaliação médica. Nem tampouco irá influenciar na abordagem do tratamento farmacológico, mas pode ajudar abundantemente a direcionar as deficiências cognitivas específicas que devem ser melhor trabalhadas em atividades com a terapia ocupacional, da neuropsicologia, ou para realizar em casa. Entretanto, sabemos que não é prudente solicitar esta avaliação em casos de pacientes com baixa renda, já que se trata de uma avaliação de difícil acesso financeiro. (FREITAS, 2022).

Por fim, deve-se procurar fechar um diagnóstico do subtipo da demência, de acordo com o quadro do paciente. Abaixo vemos um quadro com características diferenciais de algumas demências. Os critérios diagnósticos para todos os subtipos de demência podem ser encontrados no Apêndice



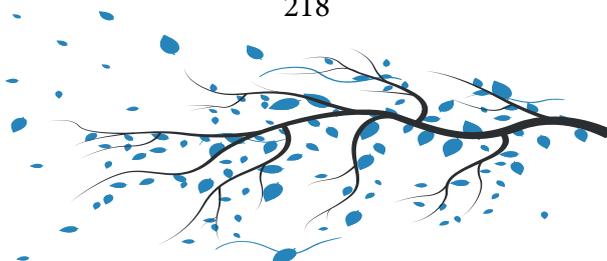
deste livro (página –). (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

SUBTIPO DE DEMÊNCIA	CARACTERÍSTICAS
Doença de Alzheimer	Início insidioso, perda cognitiva e de memória lenta e progressiva. No início, há dificuldade de lembrar-se de fatos recentes e aprender coisas novas, mas lembrando de fatos do passado.
Demência Vascular	Início abrupto, geralmente após um episódio vascular, com deterioração em degraus (apresenta uma recuperação depois da piora) e uma flutuação mais palpável do déficit cognitivo (alguns dias melhor e outros pior). Pode apresentar sinais focais relativos à região acometida.
Demência de Corpos de Lewy	Flutuação na cognição, com alucinações visuais recorrentes e bem formuladas, além do parkinsonismo precoce (rigidez, acinesia e fâcies amímic)

Fonte: (Ministério da Saúde, 2007).

EVOLUÇÃO DO QUADRO

A causa de demência mais comum é a doença de alzheimer (DA), por isso, a utilizaremos para demonstrar uma evolução de síndrome demencial (Quadro n*). O diagnóstico definitivo da Doença de Alzheimer foi atualizado pelo National Institute on Aging and the Alzheimer's Association (NIA-AA), sendo posto que em pessoas vivas o diagnóstico é feito apenas através dos aspectos biológicos da doença, ou seja, seus biomarcadores. Biomarcadores fundamentais: patologia amiloide - Ab42/40 no LCR ou plasma e PET-Amiloide encontrado em imagem; patologia tau - P-tau 181, 217 encontrado no LCR ou plasma e PET-Tau encontrado em imagem. Após o óbito, pode-se fazer o diagnóstico através de autópsia. (CANTILINO e MONTEIRO, 2017); (CARRILLO e MASLIAH, 2023).

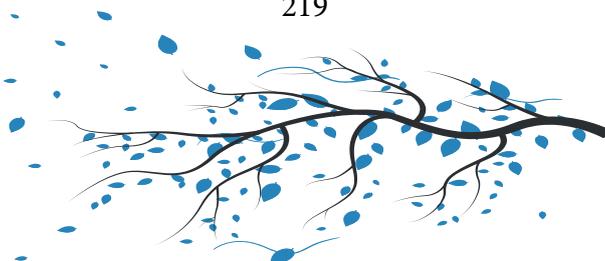


ESTÁGIOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER			
LEVE	MODERADA	AVANÇADA	TERMINAL
Déficits na memória declarativa episódica (memórias de fatos vivenciados ou aprendidos), e memória recente (fatos recentes, nomes, compromissos) Desorientação progressiva de tempo e a espaço	Declínio mais acentuado nos déficits de memória Declínio mais acentuado na linguagem, com empobrecimento do vocabulário, parafasias semânticas e fonêmicas, dificuldade de compreensão e afasia. Declínio das funções executivas Apraxia	Diminuição do controle dos esfíncteres Diminuição da capacidade de deambular e de manter-se sentado Falas ininteligíveis	Constipação Incontinências Imobilidade Disfagia oral e faríngea Mutismo
Diminuição da atenção Acometimentos leves na escrita e linguagem (nomeação)	Agnosia visual Alteração da postura e da marcha, o aumento do tônus muscular e outros sinais de parkinsonismo Discalculia	Diminuição da capacidade de sorrir Todas as funções cognitivas encontram-se extremamente comprometidas	
2 a 3 anos	2 a 10 anos	8 a 12 anos	
MEEM: 20-25	MEEM: 10-19	MEEM: menor ou = 10	

Fonte: (FREITAS, 2022) (Ministério da Saúde, 2007).

CONDUTA TERAPÊUTICA DAS PRINCIPAIS DEMÊNCIAS

Doença de Alzheimer: não existem medicações que levem à cura, mas há fármacos e terapias não-farmacológicas que contribuem na atenuação dos sintomas. O destaque vai para os agentes anticolinesterásicos (donepezila, galantamina e rivastigmina) e para um Glutamatérgico (memantina).



São utilizados: (FREITAS, 2022).

1) Donepezila para formas leve e moderada

2) Rivastigmina para as formas leve a moderadamente grave

3) Galantamina para as formas leve e moderada

4) Memantina para as formas moderadamente grave e grave da DA, bem como para outras demências e doenças neurodegenerativas.

5) Os antipsicóticos são o único tratamento farmacológico documentado capaz de gerar relativa melhora na psicose da DA e da agitação e agressividade, mas podem ocasionar sérios efeitos colaterais, devendo seu uso ser bem ponderado.

6) Neurolépticos atípicos devem ser preferidos por ter menos efeitos colaterais.

7) Benzodiazepínicos apresentam benefícios modestos, com uma série de efeitos adversos, sua indicação seria para ansiedade aguda, pouca agitação (nível C - evidência).

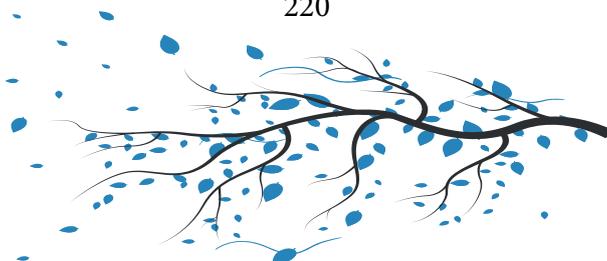
8) Antidepressivos são possivelmente benéficos para tratamento de sintomas não cognitivos.

9) Dentre as terapias antioxidantes, a vitamina E, a selegilina (inibidor de MAO-B) e o uso combinado de ambas foram associados a um retardo da institucionalização e da piora funcional.

10) Terapias não farmacológicas no acompanhamento multiprofissional da: nutrição, fono, enfermagem, neuropsicologia, terapia ocupacional, estimulação por meio da arte e de outras terapias ocupacionais, sociais e de recreação, dança, exercícios e musicoterapia, tem demonstrado contribuição no quadro.

11) Apoio à família. (FREITAS, 2022).

Demência Frontotemporal: não há medicação com indicação terapêutica aprovada pelas agências reguladoras, mas há estudos com ténues indícios de benefícios dos antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina, psicoestimulantes (metilfenidato e dextroanfetamina),



trazodona, inibidores da colinesterase e memantina. (FREITAS, 2022).

Demência por Corpos de Lewy: não há medicações aprovadas, mas evidências no uso de inibidores da colinesterase, memantina, agentes dopaminérgicos e, dependendo do caso, neurolépticos, antidepressivos e estabilizadores do humor. Treinamento rotineiro para executar tarefas diárias com êxito, tornar acessível o ambiente que circundam, visando diminuir os obstáculos e prováveis acidentes domésticos. (GOMES, 2023).

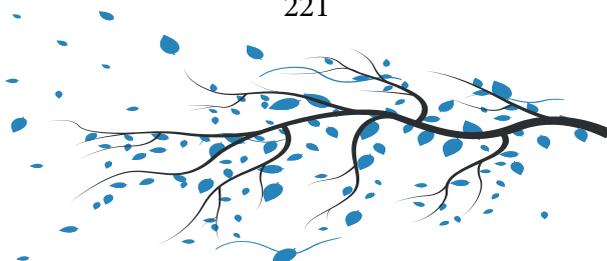
Demência da Doença de Parkinson: além da levodopa e outros agentes dopaminérgicos, existe o emprego de inibidores da colinesterase e da memantina. As medidas terapêuticas são as mesmas utilizadas para a DCL. (FREITAS, 2022).

Demência Vascular: é uma síndrome dinâmica, sendo difícil uma estratégia única que cure ou previna todas suas apresentações. O tratamento da hipertensão, hiperglicemia, hipercolesterolemia e o uso de anticoagulantes e antiagregantes plaquetários podem ser benéficos (ácido acetilsalicílico e clopidogrel). A propentofilina é um agente documentado para o tratamento da demência que cruza a barreira hematoencefálica. Agentes anticolinesterásicos (donepezila, galantamina e rivastigmina) e glutamatérgicos (memantina) também são indicados. Para o tratamento dos sintomas não cognitivos, como labilidade emocional, podem ser usados inibidores de recaptação seletivos da serotonina. (FREITAS, 2022).

SÍNDROME DA IMOBILIDADE

A imobilidade é o efeito resultante da supressão de todos os movimentos de uma ou mais articulações, não sendo possível a mudança de posição voluntária. A Síndrome da Imobilidade (SI) seria o conjunto dos sinais e sintomas que ocorrem simultaneamente e decorrentes da incapacidade de mover-se. (DINIZ, 2021)

Só no Brasil, as síndromes demenciais registram mais de 55 mil novos casos/ano e estão inti-

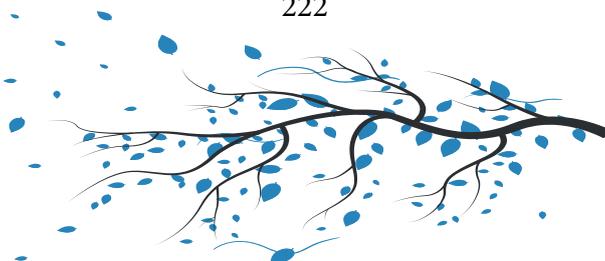


mamente ligadas à SI, já que com o avanço da demência ocorrem modificações orgânicas que dificultam, ou impedem, a capacidade de mudança postural, resultando na SI. (Ministério da Saúde, 2007)

IDENTIFICANDO A SÍNDROME DA IMOBILIDADE

Nem todo paciente restrito ao leito é um paciente com síndrome da imobilidade. Para fazer o diagnóstico, usamos alguns critérios. (1) Critério maior: déficit cognitivo de médio a grave e múltiplas contraturas; (2) Critérios menores: sinais de sofrimento cutâneo, ou úlcera de decúbito, disfagia leve a grave, dupla incontinência e afasia. O diagnóstico é feito quando o paciente apresenta o critério maior e pelo menos duas características dos critérios menores. (FREITAS, 2022)

QUADRO DE ALTERAÇÕES NA SÍNDROME DA IMOBILIDADE	
Alterações metabólicas	Retenção hídrica, capacidade aeróbia diminuída, eritropoiese diminuída, síntese de vitamina D diminuída, resposta à insulina diminuída, diminuição de resposta da supra-renal, excreção de sódio, potássio e fosfato diminuída
Sistema osteomuscular	Osteoporose, contratura muscular, hipertonia muscular, atrofia muscular, artrose, anquilose, fraturas
Sistema tegumentar	Atrofia de pele, úlcera de decúbito, escoriações, equimoses, dermatite, micoses
Sistema cardiovascular	TVP, embolia pulmonar, isquemia arterial, hipotensão postural, edema linfático
Sistema respiratório	Pneumonia, insuficiência respiratória
Trato gastrointestinal	Constipação intestinal, desnutrição, fecaloma, disfagia, gastroparesia
Aparelho urinário	Incontinência, retenção urinária, infecções



Neuropsiquiátrico	Deterioração intelectual e comportamental, depressão, inversão do ritmo do sono, delirium
-------------------	---

Fonte: (FREITAS, 2022).

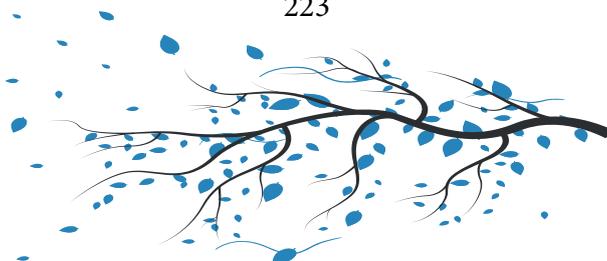
CUIDADOS PALIATIVOS NA DEMÊNCIA E SÍNDROME DA IMOBILIDADE

A demência deve ser compreendida como uma doença terminal por conta de suas implicações em causa da morte e ausência de cura. Se compararmos a quantidade de tempo que um idoso com demência passa na fase mais debilitada da doença comparada à que um paciente de câncer passa de sofrimento em fase terminal, o tempo com demência na sua pior fase é tão prolongado quanto, na realidade, muitas vezes mais prolongado. (AMARAL, 2009); (CANTILINO e MONTEIRO, 2017).

A fim de apoiar tal demanda, os cuidados paliativos existem como uma especialidade médica interdisciplinar (que será abordada no próximo capítulo) para prevenção e alívio do sofrimento, promovendo medidas para uma melhor qualidade de vida para pacientes de doenças graves ou terminais, incluindo a demência avançada e síndrome da imobilidade, e para seus familiares, evitando que sejam tomadas medidas que lhes tragam mais mal que bem, adicionando-lhes apenas horas ou dias com maior desconforto numa sobrevida. (FREITAS, 2022); (AMARAL, 2009).

Na demência de alzheimer, a morte geralmente chega como complicação da SI ou em decorrência de septicemia decorrente de pneumonia, infecção urinária e lesões por pressão. (FREITAS, 2022).

Por muito tempo, por exemplo, a instalação de sondas (nasogástricas, nasoenterais, gastrostomias e jejunostomias) em pacientes de demência avançada com queixa de disfagia, episódios de aspiração, e inapetência era vista de maneira óbvia. No entanto, as pesquisas científicas que avaliaram a eficiência da alimentação e hidratação por meio de sondas em pacientes com demência em fases avançadas foram firmes ao revelar que essa prática não estava associada a um prolongamento de vida ou de melhora do estado nutricional ou funcional, e não prevenia o desenvolvimento de episódios

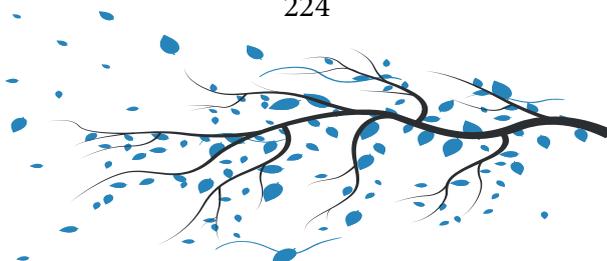


de pneumonia, pelo contrário, o uso de sondas de alimentação em pacientes com demência em fase avançada é frequentemente associada a eventos indesejados, como episódios de agitação, utilização de contenção física ou farmacológica, necessidade de visitas a serviços de urgência e emergência para tratar complicações relacionadas às sondas (ex: obstrução de deslocamento) e até mesmo a um maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão. Além disso, a nutrição exclusiva por sonda priva os pacientes do prazer da percepção de sabor e da interação afetiva com os cuidadores através da alimentação cuidadosa por via oral assistida, sabendo estes que haverá limitações nesta, devendo serem guiados por um nutricionista. Por fim, há evidências de que a decisão de não iniciar alimentação ou hidratação por sonda em idosos com demência avançada que já apresentavam baixa ingestão alimentar não é associada a sinais de desconforto nos pacientes e que em geral é associada a uma redução dos níveis de desconforto dos pacientes. (VIDAL, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome da imobilidade gera grande sofrimento para o paciente e família, é uma fase em que a degradação da qualidade de vida chega ao limite do tolerável. Ela está presente na demência avançada e ambas são caminhos sem volta, que trazem dilemas difíceis. (Ministério da Saúde, 2007); (VIDAL, 2023).

Cabe a toda a equipe multiprofissional e multidisciplinar manter o foco em tentar levar alívio. O uso de analgésicos, opióides, aquecimento, posicionamento do leito e a presença dos familiares são fundamentais para enfrentar esse sofrimento. E esses cuidados, quando eficazes, podem sim melhorar sintomas, diminuir a sobrecarga de cuidadores/família e ajudar a garantir que decisões sobre o rumo do tratamento sejam bem tomadas, considerando as necessidades e objetivos do paciente, família e cuidador. (Ministério da Saúde, 2007); (VIDAL, 2023).



REFERÊNCIAS

AMARAL, José. Geriatria - Principais temas. São Paulo, 2009. 1 ed. Editora FMUSP.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.

BURLÁ, C. Et Al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, (2013) 18(10), 2949-2956. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fk95KPXWb6JjDz3PVM7V7Bj/?lang=pt>> Acesso em 07/02/2023.

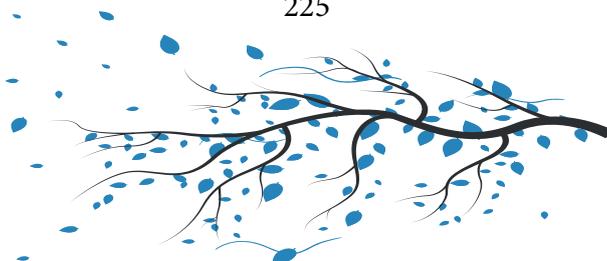
CANTILINO, Amaury. MONTEIRO, Dennison. *Psiquiatria clínica: um guia para médicos e profissionais de saúde mental/organização*. - 1. ed. - Rio de Janeiro : MedBook, 2017.

DINIZ, Lucas Rampazzo et al. *Geriatria*. Medbook, 2021.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

GOMES, Sônia Comachio; DALLA VECCHIA, Débora. Demência com corpos de lewy: uma abordagem integrada da literatura. *Revista UNIANDRADE*, v. 20, n. 3, p. 136-148, 2019. Disponível em: <<https://revista.uniandrade.br/index.php/revistauniandrade/article/view/1545>>. Acesso em: 10/03/2023.

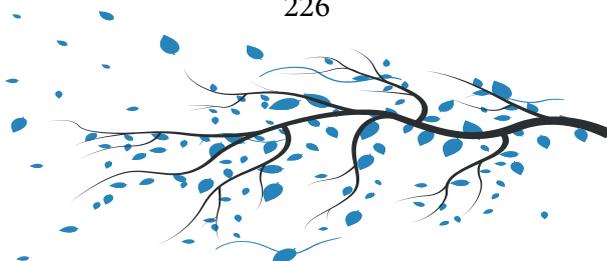
Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde (Departamento de Atenção Básica). *Envelheci-*



mento e saúde da pessoa idosa. Brasília. 2007.

VIDAL, Edilson . Et al. Nutrição e hidratação em pacientes portadores de demência em fase avançada (livro eletrônico): comitê de bioética da academia nacional de cuidados paliativos. 1 ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020. Disponível em: <<https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/12/POSICIONAMENTO-Nutricao-e-hidratacao-em-pacientes-portadores-de-demencia-em-fase-avancadafinal.pdf>>. Acesso em: 15/03/2023.

CARRILLO, Maria C.; MASLIAH, Eliezer. NIA-AA Revised Clinical Criteria for Alzheimer's Disease. In: Alzheimer's Association International Conference. ALZ, 2023.



Capítulo 12

CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA: CONDUZINDO

O PROCESSO DE FINITUDE



Daniela Souza de Brito

Maria Brenda Clemente Lima

Lívia Fabrícia Francisco de Lima

Lucas Ferreira de Souza

Eduarda Pereira Rodrigues de Campos

Alexsandra Maria Siqueira Campos de Carvalho

CONCEITO

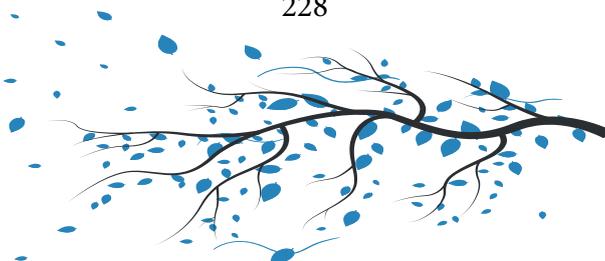
De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Cuidados Paliativos (CP) é conceituado como: “Assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de uma doença ou agravo que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais desde o diagnóstico da doença ao final da vida e estendendo-se ao período de luto.”(WHO, 2020).

Nessa definição, o Cuidado Paliativo é indicado desde o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida. Dessa forma, afasta-se a ideia de que essa assistência deve ser prestada apenas na impossibilidade de cura, mas sim com a possibilidade ou não de tratamento modificador da doença. Além disso, é imprescindível ressaltar a abordagem da espiritualidade dentro das dimensões humanas e da assistência à família, presente também após a morte do paciente durante o processo do luto.

Desmistificar a ideia equivocada de que os Cuidados Paliativos se concentram apenas nos cuidados prestados ao fim da vida é crucial. Embora esses últimos façam parte do CP, se referem à assistência que o paciente deve receber durante a última etapa da sua vida a partir do momento em que fica claro o seu estado de declínio progressivo, aproximando-se da morte. Infelizmente, ainda é muito comum o encaminhamento tardio dos indivíduos que têm indicação para a palição, facilitando a confusão com os cuidados ao fim da vida.

Quadro 1 - Princípios dos Cuidados Paliativos

Princípios
1. Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida
3. Não acelerar nem adiar a morte



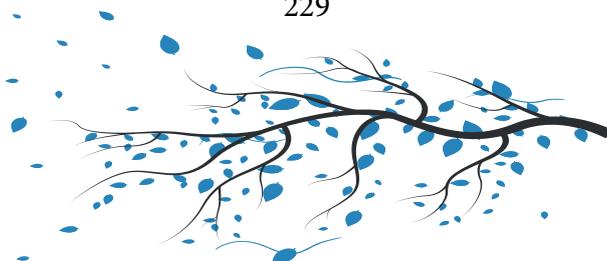
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente
5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
9. Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes

Fonte: Adaptado de Carvalho e Parsons, 2012.

HISTÓRIA

Ao longo da história, CP foi confundido com o termo “Hospice”. Hospice (hospedarias) eram abrigos voltados a receber e cuidar de viajantes e peregrinos. Seu relato mais antigo é do século V, do Hospício do Porto de Roma, que cuidava de viajantes vindos da Ásia, África e países do leste. No século XVII, surgiram várias instituições para abrigar pobres, órfãos e doentes na Europa. Já no século XIX, essa prática se disseminou para organizações religiosas católicas e protestantes, passando a ter características de hospitais. Em 1879, as irmãs de caridade irlandesas fundaram o “Our Lady’s Hospice of Dying” em Dublin e, em 1905, a ordem de irmã Mary Aikenheads fundaram o “St Joseph’s Hospice” em Londres. (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Dessa forma, a confusão entre o termo cuidados paliativos com “hospice” não foi inadequa-

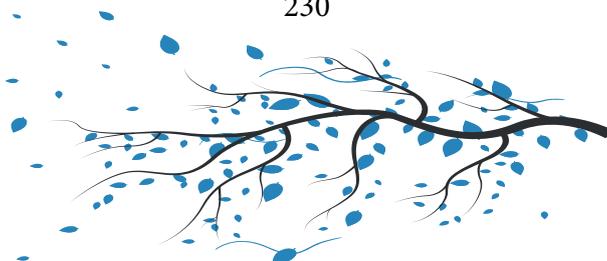


da. Isso porque, embora historicamente hospice fosse para designar abrigo para viajantes, esse conceito passou por modificações. Atualmente o termo “hospice” tem sido frequentemente utilizado para se referir a uma instituição de média complexidade, como um hospital, especializado na prática dos Cuidados Paliativos. Nesse sentido, esse local tem por característica principal a excelência da prática clínica associada ao trabalho muito bem articulado de uma equipe multiprofissional, com espaços apropriados para tal fim. O objetivo é compreender e assistir as necessidades de doentes portadores de doenças terminais. (CARVALHO; PARSONS, 2012)

Para além disso, o movimento Hospice Moderno foi introduzido por uma inglesa, Cicely Saunders, com formação humanista e que se tornou médica. Cicely fundou o “St. Christopher’s Hospice” em 1967, com estrutura para assistência aos doentes e desenvolvimento de ensino e pesquisa. Ela afirma que a origem do CP moderno inclui o estudo sistemático de mais de mil pacientes com câncer avançado no St. Joseph’s Hospice. Nesse sentido, foi esse estudo que efetivou o alívio da dor quando os pacientes eram submetidos a esquema de administração regular de drogas analgésicas, ao invés de receber analgésicos “se necessário”. Ademais, devido a dificuldade de tradução do termo hospice para outras línguas, o nome desse movimento foi modificado para CP moderno (AZEVEDO et al., 2016).

Profissionais de outros países passaram períodos de experiência no St. Christopher’s Hospice e levaram a prática de CP para seus países de origem. Em 1970, um encontro entre Cicely Saunders e a psiquiatra Elisabeth Kluber Ross foi essencial para a difusão do movimento paliativo nos Estados Unidos (GOMES; OTHERO, 2016). Um marco também importante foi a publicação em 1990 da primeira definição de Cuidados Paliativos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que sofreria posteriores revisões em 2002 e 2017. (FRANÇA et al., 2019)

No Brasil, as primeiras iniciativas paliativas foram iniciadas em 1980, com um crescimento significativo a partir do ano 1997 devido a criação da Associação Brasileira de Cuidados paliativos. Além disso, outras iniciativas paliativistas começaram a surgir, como a ala de cuidados paliativos



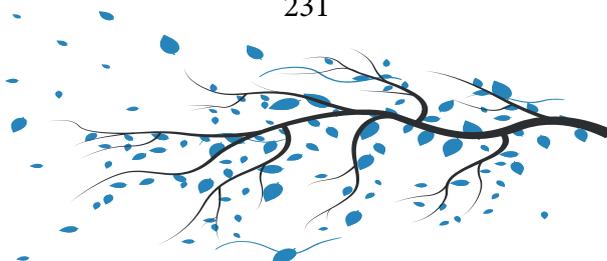
criada em 1998 no hospital do Instituto Nacional do Câncer (Inca) (RIBEIRO; POLES, 2019). Além disso, as temáticas em torno da morte passaram a ser mais abordadas a partir da resolução 1.805/2006 e da revisão do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) (ANDRADE; GAR, 2006). O CFM, com isso, objetiva promover reflexões sobre a terminalidade da vida e difundir ainda mais os Cuidados Paliativos.

EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, os dados epidemiológicos relativos a serviços de saúde voltados para Cuidados Paliativos são escassos. Mesmo assim, os estudos revelam a prevalência de indivíduos acima dos 60 anos de idade e com quadros de neoplasias. No sexo masculino, é mais recorrente câncer de pulmão e próstata e no sexo feminino câncer de mama e colo de útero, justificado pelos programas de rastreamento e detecção precoce em vigência no país. Nesse aspecto, um estudo de 2018 com 168 indivíduos que apresentavam tumores sólidos e foram admitidos em CP relevou que a idade média dos pacientes foi 65,34 anos, e 50,6% eram do sexo feminino (n=85). A escolaridade de 70,2% das pessoas foi ensino fundamental ou menos. Quase metade (48,9%) eram aposentados ou beneficiários. Houve predomínio de religiões cristãs (47,8% católicos e 32,1% evangélicos). Os principais motivos do encaminhamento para CP foram controle de sintomas (45,2%) e progressão de doença (31,5%) (ARAÚJO et al., 2021).

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

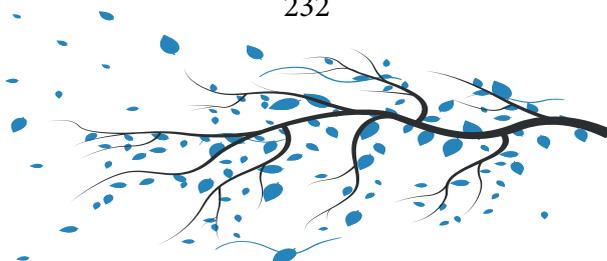
Para atender as necessidades essenciais do indivíduo com doença em fase avançada, é indicado a constituição de uma equipe multiprofissional atuando interdisciplinarmente. Os Cuidados Paliativos devem ser realizados por uma equipe bem articulada, com formação prévia em tratamento paliativo, conhecimento do controle de sintomas e com disposição a medicamentos necessários (opioi-



des, antieméticos, antidepressivos, ansiolíticos e vários outros). Os integrantes de uma equipe podem ser: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, assistentes espirituais e odontólogos. Todos precisam trabalhar em sintonia para atingir objetivos de cuidado, ou seja, otimizar uso de fármacos, identificar e tratar intercorrências, manter o estado nutricional e mobilidade quando possível, oferecer apoio psicológico, providenciar apoio espiritual se desejado, maximizar o funcionamento do paciente em atividades da vida diária. (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Para além disso, a atuação da equipe multidisciplinar é fundamental no estabelecimento das diretivas antecipadas da vontade (DAV) em casos de doenças sem possibilidade curativa ou quadros clínicos com danos irreversíveis. As DAV são instruções escritas realizadas pelo paciente maior de idade, com autonomia e capacidade de decisão preservadas, sobre como devem ser tomadas decisões de tratamento médico quando esta pessoa não tiver mais condições para tal (DADALTO; TUPINAMBÁS; GRECO, 2013). Nesse sentido, a equipe multidisciplinar pode fornecer orientação, suporte emocional, avaliação da capacidade mental, coordenação de cuidados e implementação adequada das diretivas antecipadas de vontade, garantindo que os desejos e preferências da pessoa sejam respeitados em todos os aspectos do atendimento médico.

Portanto, o conhecimento de cuidados paliativos é de extrema importância para profissionais de saúde, desde a área da geriatria até a neonatologia. Os cuidados paliativos são uma abordagem de cuidados centrada no paciente e visa melhorar a qualidade de vida dele e seus familiares diante de doenças avançadas, crônicas ou ameaçadoras da vida. No caso de pacientes geriátricos, o conhecimento em CP é fundamental devido à prevalência de doenças crônicas ou degenerativas nessa população (VOUMARD et al., 2018). Já no caso da neonatologia, os CP podem ser indicados em casos de bebês com condições que limitam ou ameaçam a vida, anomalias congênitas, quando o prognóstico é ruim ou a prolongação da sobrevida não é mais uma meta. (PARRAVICINI, 2017).



ELEGIBILIDADE E INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Como foi relatado, qualquer doença que ameace a vida, que apresente declínio progressivo e incapacitante, doenças incuráveis ou crônico-degenerativas são eleitas para atuação dos CP. Ou seja, inclui variadas doenças e síndromes de todas as faixas etárias, não sendo restrito à geriatria, apesar de ser o campo de maior porcentagem de aplicação desses métodos, bem como na oncologia.

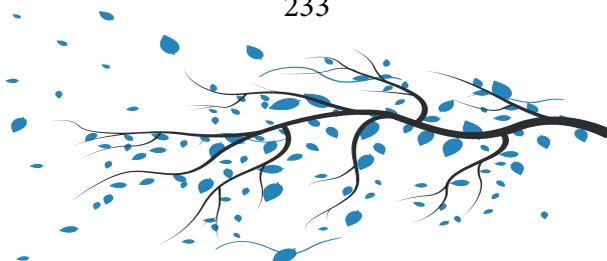
Se tratando de idosos, os cuidados paliativos podem ser indicados quando há uma doença crônica ou avançada que ameaça a vida, como o câncer, doenças cardíacas, doenças respiratórias, doenças neurológicas, entre outras. A elegibilidade para cuidados paliativos deve ser determinada por uma avaliação cuidadosa e individualizada, levando em conta a condição médica, a função e o bem-estar geral do paciente, bem como suas preferências e objetivos de tratamento. (RAMPAZZO; ANDRADA, 2021).

Os cuidados paliativos podem ser oferecidos em qualquer fase da doença, inclusive em idosos, visando aliviar sintomas, melhorar a qualidade de vida e fornecer suporte emocional e espiritual para o paciente e sua família. Os cuidados paliativos podem incluir tratamento de sintomas, gerenciamento de medicações, apoio emocional e espiritual, serviços de assistência social e cuidados de fim de vida. (VOUMARD et al., 2018).

Além disso, conforme o próprio conceito dos cuidados paliativos, o CP deve ser indicado desde o diagnóstico da doença, ou seja, o tratamento paliativo e o modificador da doença devem andar juntos. No entanto, à medida que a doença avança, a contribuição do tratamento paliativo se amplifica, enquanto o tratamento modificador da doença vai se esgotando. (AZEVEDO et.al., 2014).

AValiação DE SINTOMAS E FUNCIONALIDADE

A busca por sintomas deve ser realizada de forma ativa e contínua, através de escalas que



possam quantificar o grau de intensidade dos sintomas, lembrando de avaliar sintomas mesmo nos pacientes que não conseguem verbalizar ou se comunicar com a equipe de saúde. Um exemplo de escala utilizada para quantificação da dor seria a escala visual analógica (EVA) que possui números e fâcies que auxiliam na interpretação da intensidade da dor (DINIZ et al., 2020).

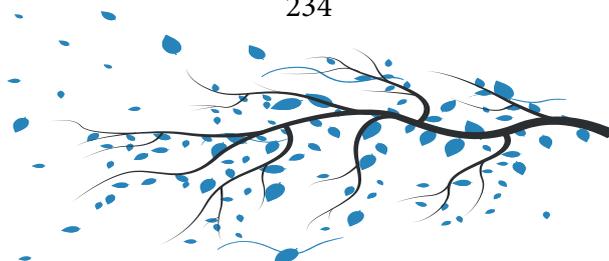
A escala de sintomas de Edmonton é uma escala bastante utilizada em CP que se propõe a avaliar nove sintomas que estatisticamente são muito prevalentes nesta população sendo eles: dor, fadiga, náusea e vômito, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, dispneia e sensação de bem estar) com pontuações indo de 0-10 em cada um desses, auxiliando no melhor manejo de sintomas do indivíduo (DINIZ et al., 2020).

É importante lembrar de sempre ensinar previamente ao paciente o método a ser utilizado a fim de se ter uma melhor compreensão e gerar resultados mais fidedignos. Qualquer sintoma deve ser valorizado e medidas farmacológicas ou não devem ser implementadas de forma multiprofissional, seguida de monitoramento e reavaliações do paciente para verificar melhora e/ou propor novas abordagens de forma individualizada (DINIZ et al., 2020).

O uso específico de determinadas intervenções como sondas e antibioticoterapia deve ser individualizado e avaliada a proporcionalidade deste procedimento para a fase da doença em que o indivíduo se encontra, isto é, se o benefício dessa interferência suplanta os malefícios. É importante também pensar se há meios alternativos para aliviar tais sintomas de forma a gerar menos efeitos adversos, lembrando-se do uso racional dos cuidados paliativos (DINIZ, et al., 2020)

Para avaliar em qual momento da doença o paciente se encontra, é importante identificar o nível de comprometimento nas atividades básicas de vida diárias (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD), lembrando que essas têm influência de sintomas não controlados como dor que poderia levar ao paciente a não realizar determinadas atividades que ele poderia conseguir efetuar se não houvesse a dor como limitante (DINIZ, et al., 2020).

Existem algumas escalas de avaliação funcional que podem ser utilizadas nos Cuidados



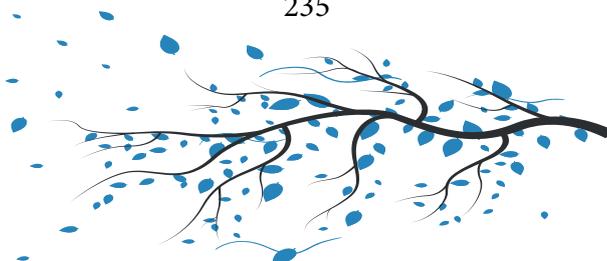
Paliativos, a exemplo da “Palliative Performance Scale” ou escala de performance paliativa (PPS). Essa escala possui 11 níveis de performance, de 0 a 100, divididos em intervalos de 10. Ou seja, sem valores intermediários. Nesse sentido, a construção de um gráfico diário a partir dos registros de PPS pode ajudar na compreensão da doença em pacientes internados na enfermaria de cuidados paliativos. Sabendo disso, o PPS deve ser utilizado todos os dias para pacientes internados, em todas as consultas ambulatoriais e visitas domiciliares. Desse modo, o PPS tem sido utilizado na tomada de decisões dos Cuidados Paliativos e parece ter algum valor prognóstico, quando associado a outros sintomas como edema, delirium, dispneia e baixa ingestão alimentar. (CARVALHO; PARSONS, 2012)

ABORDAGEM DO PACIENTE E DE SEUS FAMILIARES

Em relação a comunicação entre a equipe, o paciente e sua família, ao abordá-los deve-se falar de forma que haja compreensão de ambas as partes, bem como a prática de empatia e cuidado integral (espiritual e psicológico, por exemplo). Por vezes são necessários vários encontros para que se tenham esclarecimentos e dúvidas sanadas, bem como discussões de acordo com o surgimento de novas intercorrências, sendo importante esses espaços para garantir a autonomia do paciente de sua família. O prognóstico deve ser explicado da forma mais clara possível para que o paciente e sua família possam resolver pendências pessoais e redimensionar metas de vida. (DINIZ et al., 2020). A cada mudança de fase da doença, o plano terapêutico deve ser realinhado com o paciente, adequando os cuidados aos seus valores.

Devem ser compartilhadas e as respostas registradas em prontuários, as conversas habitualmente conflituosas mas imprescindíveis sobre a proporcionalidade e benefícios de procedimentos invasivos tais como UTI, intubação orotraqueal, ventilação mecânica, drogas vasoativas, hemodiálise e alimentação artificial (RAMPAZZO; ANDRADA, 2021).

Além disso, necessitam ser realizadas conversas que visam tornar o processo de adoecimen-



to e morte mais próximo do desejo do doente e do que ele acharia digno, tais como: local de morte, presença de parentes no momento, dentre outras. Esse é o conceito de diretivas antecipadas de vontade. Mesmo após a morte, os cuidados paliativos cumprem a missão de acolher e dar assistência aos familiares enlutados (RAMPAZZO; ANDRADA, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Cuidado Paliativo é a abordagem que visa promover um olhar amplo da vida do paciente que esteja diante de uma doença ameaçadora da vida, seja aguda ou crônica, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamento curativo. A assistência se estende para os pacientes e familiares durante o período de diagnóstico, adoecimento, finitude e luto.

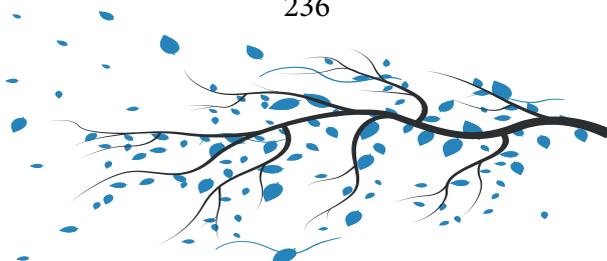
É comum que diversas doenças se manifestem de forma atípica na população geriátrica com a perda de funcionalidade e intensificação dos sintomas, sendo assim a reavaliação dos sintomas geradores de desconforto e a percepção do indivíduo em toda sua completude são medidas aplicadas no Cuidado Paliativo, que buscam uma melhor qualidade de vida e influenciam positivamente no curso da doença.

Dessa forma, o Cuidado Paliativo é a prestação do cuidado na necessidade e não apenas no prognóstico da doença do paciente no intuito de proporcionar dignidade humana.

REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Palliative Care [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2º Edição. Academia



Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

DINIZ, L. R. et al. Geriatria. Rio de Janeiro: Medbook, 2020

FREITAS, E. V. D. ; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

Vamos falar de Cuidados Paliativos apoio. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>>. (AZEVEDO et al., 2016).

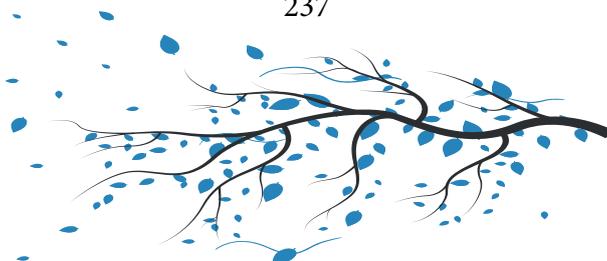
GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. CuidRIBEIRO, J. R.; POLES, K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 3, p. 62–72, jul. 2019.

FRANÇA, B. D. et al. Percepção dos pacientes sobre os cuidados paliativos. Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 13, n. 5, p. 1485, 30 maio 2019. (FRANÇA el al., 2019)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/resolucao-cfm-1805.htm>>. (ANDRADE; GAR, 2006).

DADALTO, L.; TUPINAMBÁS, U.; GRECO, D. B. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Revista Bioética, v. 21, n. 3, p. 463–476, dez. 2013.

ARAÚJO, I. F. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos:



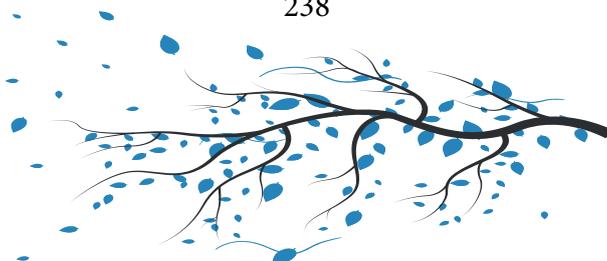
um estudo retrospectivo. Revista Brasília Médica, v. 58, n. Anual, p. 1–7, 2021.

VOUMARD, R. et al. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. BMC Geriatrics, v. 18, n. 1, p. 1–6, 20 set. 2018.

PARRAVICINI, E. Neonatal palliative care. Current Opinion in Pediatrics, v. 29, n. 2, p. 135–140, abr. 2017.

RAMPAZZO, L.; ANDRADA, E. Geriatria. [s.l.] Medbook, 2021.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2º Edição. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.



APÊNDICE



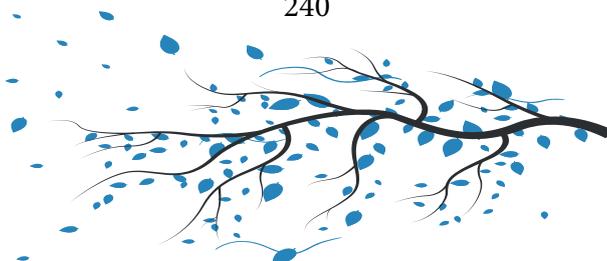
SUBTIPOS DE SÍNDROME DEMENCIAL

1. Doença de Alzheimer (DA)

- A) São atendidos os critérios para Transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) Surgimento insidioso e progressão gradual de prejuízo em dois ou mais domínios cognitivos (No caso de Transtorno neurocognitivo leve, um ou mais).

Provável doença de Alzheimer - Transtorno neurocognitivo maior é diagnosticada se qualquer um dos seguintes está presente; caso contrário, deve ser diagnosticado possível:

1. Evidência de mutação genética causadora de doença de Alzheimer a partir de história familiar ou teste genético.
2. Todos os três a seguir presentes: Evidências claras de declínio na memória e aprendizagem e em pelo menos outro domínio cognitivo (com base em história ou testes em série); Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados; Ausência de evidências de etiologia mista (ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistêmica provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo).

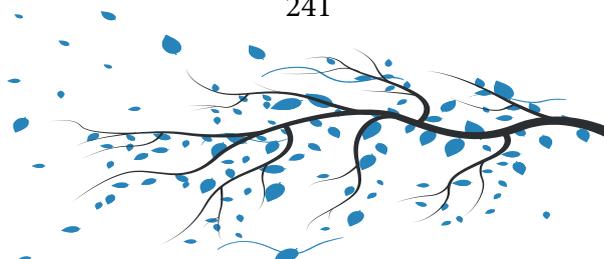


2. Degeneração lobar frontotemporal

- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) A perturbação tem surgimento insidioso e progressão gradual.
- C) Qualquer um entre (1) e (2):
 1. Variante comportamental - Três ou mais dos sintomas a seguir: Desinibição comportamental; Apatia ou inércia; Perda de simpatia ou empatia; Comportamento perseverante, estereotipado ou compulsivo/ritualístico; Hiperoralidade e mudanças na dieta; Declínio proeminente na cognição social e/ou nas capacidades executivas.
 2. Variante linguística: Declínio proeminente na capacidade linguística, na forma de produção da fala, no encontro de palavras, na nomeação de objetos, na gramática ou na compreensão de palavras.
- D) Preservação relativa da aprendizagem e da memória e da função perceptomotora
- E) A perturbação não é melhor explicada por doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, efeitos de uma substância ou outro transtorno mental, neurológico ou sistêmico.

Provável transtorno neurocognitivo frontotemporal é diagnosticado se algum dos seguintes está presente; caso contrário, deve ser diagnosticado possível:

1. Evidências de uma mutação genética causadora de transtorno neurocognitivo frontotemporal, a partir da história familiar ou de testes genéticos.
2. Evidências de envolvimento desproporcional do lobo frontal e/ou lobo temporal, com base em neuroimagem. Possível transtorno neurocognitivo frontotemporal é diagnosticado se não houver evidências de uma mutação genética e o exame de neuroimagem não tiver sido realizado.

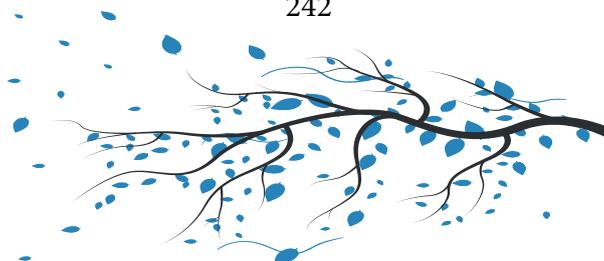


3. Doença com corpos de Lewy

- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) O transtorno tem surgimento insidioso e progressão gradual.
- C) O transtorno atende a uma combinação de características diagnósticas centrais e sugestivas para provável ou possível transtorno neurocognitivo com corpos de Lewy.
- D) A perturbação não é mais bem explicada por doença vascular cerebral, outra doença neurodegenerativa, efeitos de uma substância ou outro transtorno mental, neurológico ou sistêmico.

Para provável transtorno neurocognitivo maior ou leve com corpos de Lewy, o indivíduo tem duas características centrais ou uma sugestiva com um ou mais aspectos principais, para possível, tem apenas uma característica central ou um ou mais aspectos sugestivos:

1. Características diagnósticas centrais: a. Cognição oscilante, com variações acentuadas na atenção e no estado de alerta. b. Alucinações visuais recorrentes, bem formadas e detalhadas. c. Características espontâneas de parkinsonismo, com aparecimento subsequente ao desenvolvimento do declínio cognitivo.
2. Características diagnósticas sugestivas: a. Atende a critérios de transtorno comportamental do sono do movimento rápido dos olhos (ou sono REM – rapid eye movement). b. Sensibilidade neuroléptica grave.



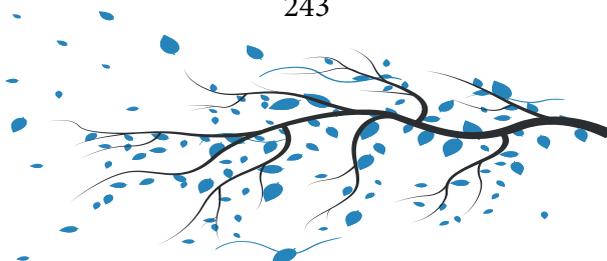
4. Doença vascular

- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) Os aspectos clínicos são consistentes com uma etiologia vascular, conforme sugerido por um dos seguintes: 1. O surgimento de déficits cognitivos está temporariamente relacionado com um ou mais de um evento cerebrovascular. 2. Evidências de declínio são destacadas na atenção complexa (incluindo velocidade de processamento) e na função executiva frontal.
- C) Há evidências da presença de doença cerebrovascular a partir da história, do exame físico e/ou de neuroimagem consideradas suficientes para responder pelos déficits cognitivos.
- D) Os sintomas não são mais bem explicados por outra doença cerebral ou transtorno sistêmico.

Provável transtorno neurocognitivo vascular é diagnosticado quando um dos seguintes está presente; caso contrário, deve ser diagnosticado possível transtorno neurocognitivo vascular:

1. Os critérios clínicos têm apoio de evidências de neuroimagem de lesão parenquimal significativa, atribuída a doença cerebrovascular (com apoio de neuroimagem).
2. A síndrome neurocognitiva é temporalmente relacionada com um ou mais eventos cerebrovasculares documentados.
3. Evidências clínicas e genéticas (p. ex., arteriopatía cerebral autossômica dominante, com infartos subcorticais e leucoencefalopatia) de doença cerebrovascular estão presentes.

Possível transtorno neurocognitivo vascular é diagnosticado quando os critérios clínicos são atendidos, mas não está disponível neuroimagem, e a relação temporal da síndrome neurocognitiva com um ou mais de um evento cerebrovascular não está estabelecida.



5. Lesão cerebral traumática

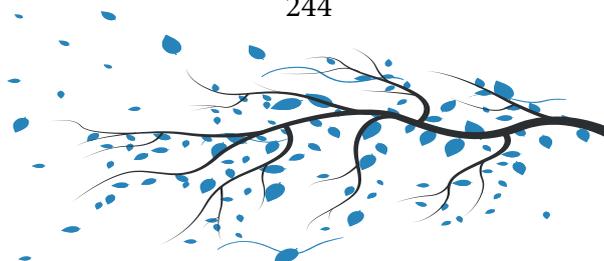
- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) Há evidências de uma lesão cerebral traumática – isto é, um impacto na cabeça ou outros mecanismos de movimento rápido ou deslocamento do cérebro dentro do crânio, com um ou mais dos seguintes: 1. Perda de consciência. 2. Amnésia pós-traumática. 3. Desorientação e confusão. 4. Sinais neurológicos (p. ex., neuroimagem que mostra lesão; um novo início de convulsões; piora marcante de um transtorno convulsivo preexistente; cortes no campo visual; anosmia, hemiparesia).
- C) O transtorno neurocognitivo apresenta-se imediatamente após a ocorrência da lesão cerebral traumática ou imediatamente após a recuperação da consciência, persistindo após o período agudo pós-lesão.

6. Induzido por uso de substância/medicamento

- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) Os prejuízos neurocognitivos não ocorrem exclusivamente durante o curso de delírium e persistem além da duração habitual da intoxicação e da abstinência aguda.
- C) A substância ou medicamento envolvido, bem como a duração e o alcance do uso, é capaz de produzir o prejuízo neurocognitivo.
- D) O curso temporal dos déficits neurocognitivos é consistente com o período em que ocorreu o uso e a abstinência de uma substância ou medicamento (p. ex., os déficits continuam estáveis ou diminuem após um período de abstinência).
- E) O transtorno neurocognitivo não é passível de atribuição a outra condição médica ou não é mais bem explicado por outro transtorno mental.

7. Infecção por HIV

- A) São atendidos os critérios diagnósticos para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) Há infecção documentada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).
- C) O transtorno neurocognitivo não é mais bem explicado por condições não HIV, incluindo doenças cerebrais secundárias, como leucoencefalopatia multifocal progressiva ou meningite criptocócica.
- D) O transtorno neurocognitivo não é passível de atribuição a outra condição médica e não é mais bem explicado por um transtorno mental.



8. Doença do príon

- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) Há surgimento insidioso, sendo comum a progressão rápida de prejuízos.
- C) Há aspectos motores de doença do príon, como mioclonia ou ataxia, ou evidência de biomarcadores.
- D) O transtorno neurocognitivo não é atribuível a outra condição médica, não sendo mais bem explicado por outro transtorno mental.

9. Doença de Parkinson

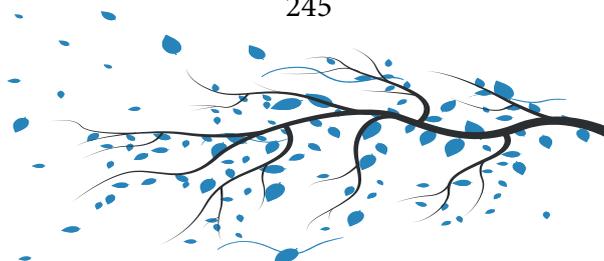
- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) A perturbação ocorre no cenário da doença de Parkinson estabelecida.
- C) Há surgimento insidioso e progressão gradual do prejuízo.
- D) O transtorno neurocognitivo não é atribuível a outra condição médica, não sendo mais bem explicado por outro transtorno mental.

Transtorno neurocognitivo maior ou leve provavelmente devido à doença de Parkinson deve ser diagnosticado se tanto 1 quanto 2 forem atendidos. Transtorno neurocognitivo maior ou leve possível quando 1 for atendido:

1. Não há evidências de etiologia mista (ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistêmica possivelmente contribuindo para o declínio cognitivo).
2. A doença de Parkinson claramente antecede o aparecimento do transtorno neurocognitivo.

10. Doença de Huntington

- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) Há surgimento insidioso e progressão gradual.
- C) Há a doença de Huntington clinicamente estabelecida ou o risco dessa doença com base na história familiar ou em teste genético.
- D) O transtorno neurocognitivo não pode ser atribuído a outra condição médica e não é mais bem explicado por outro transtorno mental.



11. Outra condição médica

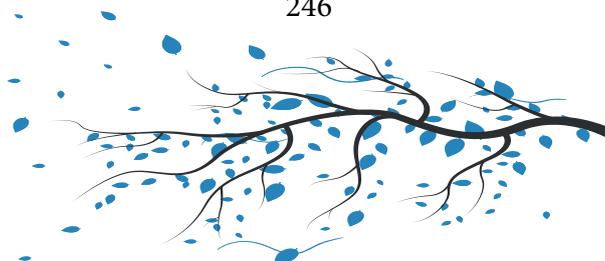
- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que o transtorno neurocognitivo é a consequência fisiopatológica de outra condição médica.
- C) Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental ou outro transtorno neurocognitivo específico.

12. Múltiplas etiologias

- A) São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve.
- B) Há evidências a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais de que o transtorno neurocognitivo é a consequência fisiopatológica de mais de um processo etiológico, excluindo-se substâncias (transtorno neurocognitivo devido à doença de Alzheimer, com desenvolvimento subsequente de transtorno neurocognitivo vascular).
- C) Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outro transtorno mental e não ocorrem exclusivamente durante o curso de delirium.

13. Não especificado

Esta categoria aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno neurocognitivo que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos neurocognitivos. A categoria transtorno neurocognitivo não especificado é usada nas situações em que não pode ser determinada com certeza suficiente a etiologia exata para que seja feita uma atribuição etiológica.



Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



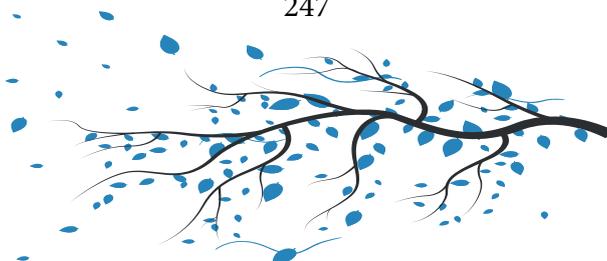
A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português

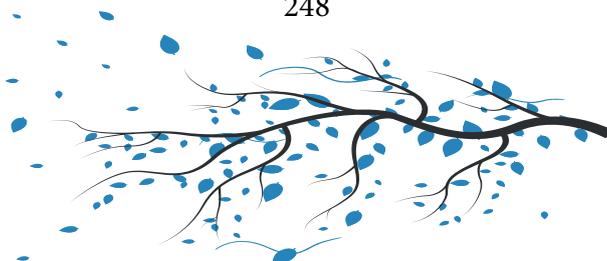


e da língua estrangeira utilizada).

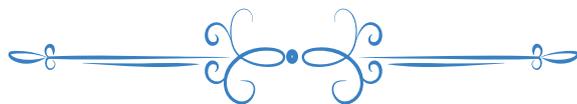
O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica. A menção dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respectivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coautor(es). Por fim, se o trabalho for aceito ou aceito com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento



Índice Remissivo



D

Doença

página 221

página 231

página 243

página 245

M

Médico

página 113

página 116

página 202

S

Síndrome

página 30

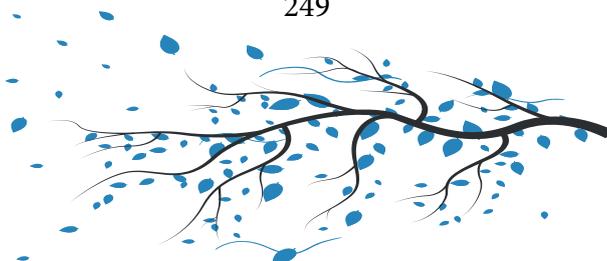
página 65

página 127

página 211

T

Tratamento



página 160

página 164

página 165

página 185

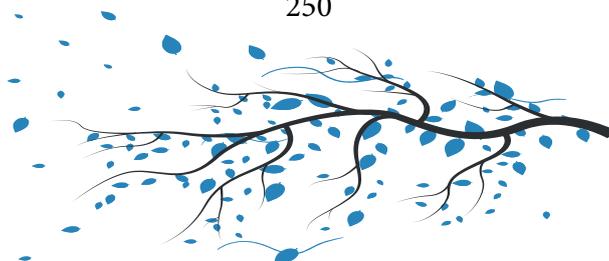
Transtorno

página 192

página 242

página 241

página 244





Liga de Geriatria da Universidade de Pernambuco

Essa obra organizada é fundamental, porque toca em questões essenciais relacionadas a saúde do idoso, trazendo temas importantes e necessários para se construir políticas públicas eficazes para a qualidade de vida dos idosos. Assim, com base em temas atuais e recorrentes, o leitor vai ter a chance de se aprofundar e crescer em conhecimento por meio das pesquisas produzidas.