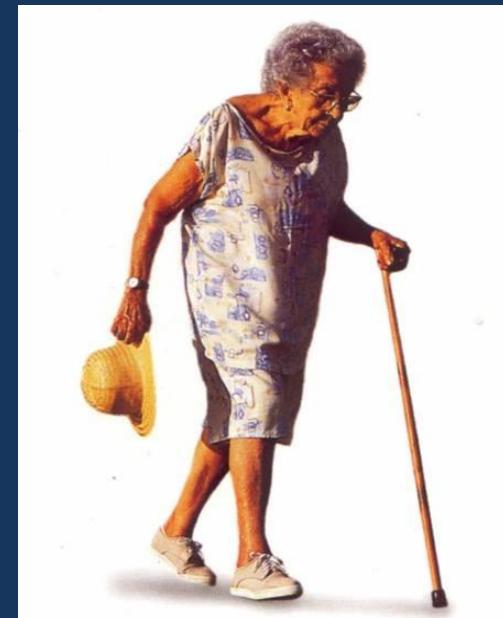


# SEMILOGIA DO IDOSO



SENECÊNCIA



SENILIDADE

Bem-sucedido

Mal sucedido

Patológico

Estimar a saúde pelo nível de **independência funcional e autonomia**

As condutas e procedimentos dependem desta classificação e do exame global do idoso .

# Fisiologia do envelhecimento.

# É importante lembrar que nos idosos...

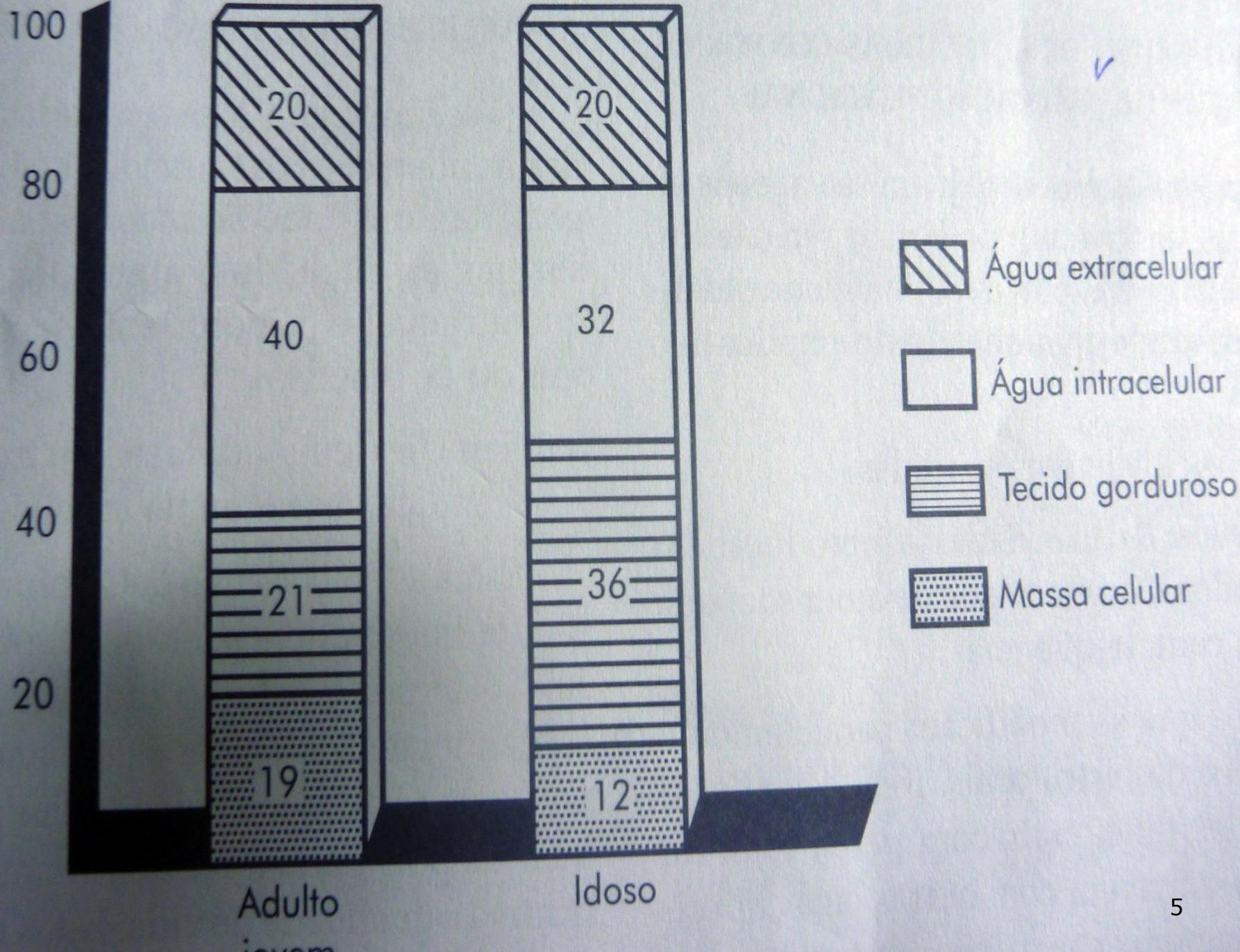
Diminuem  
↓↓

Massa muscular  
Água corporal  
Metabolismo hepático  
Concentração plasmática de albumina  
Fluxo sanguíneo  
Neurotransmisores

Aumentam  
↑↑

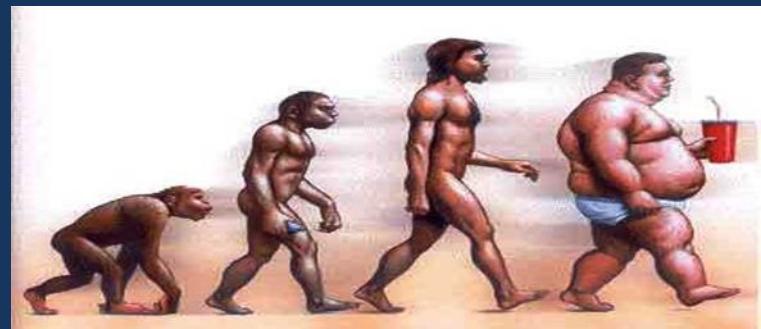
Proporção de tecido adiposo  
Permeabilidade hemoliquórica\*

Percentagem peso total



# Alterações da composição corpórea

- O ↑ do acumulo de gordura responsável pela manutenção o mesmo o aumento ponderal.
- Altera a distribuição, absorção e excreção das drogas:
- ↑ absorção lipofílicas e ↓ das hidrofílicas com repercussões sobre os efeitos tóxicos e terapêuticos.
- IMC com Valores de referencia > que em adultos (maior reserva para prevenir a desnutrição



- ↓ Quantidade de agua intracelular
- Balanço hídrico negativo → redução no compartimento intracelular
- 
- ocorrer desidratação com graves complicações x perdas moderadas de líquidos
- reposição de liquido deve ser lenta.
- O mecanismo de resposta da **sede** diminui com a idade → desidratação.

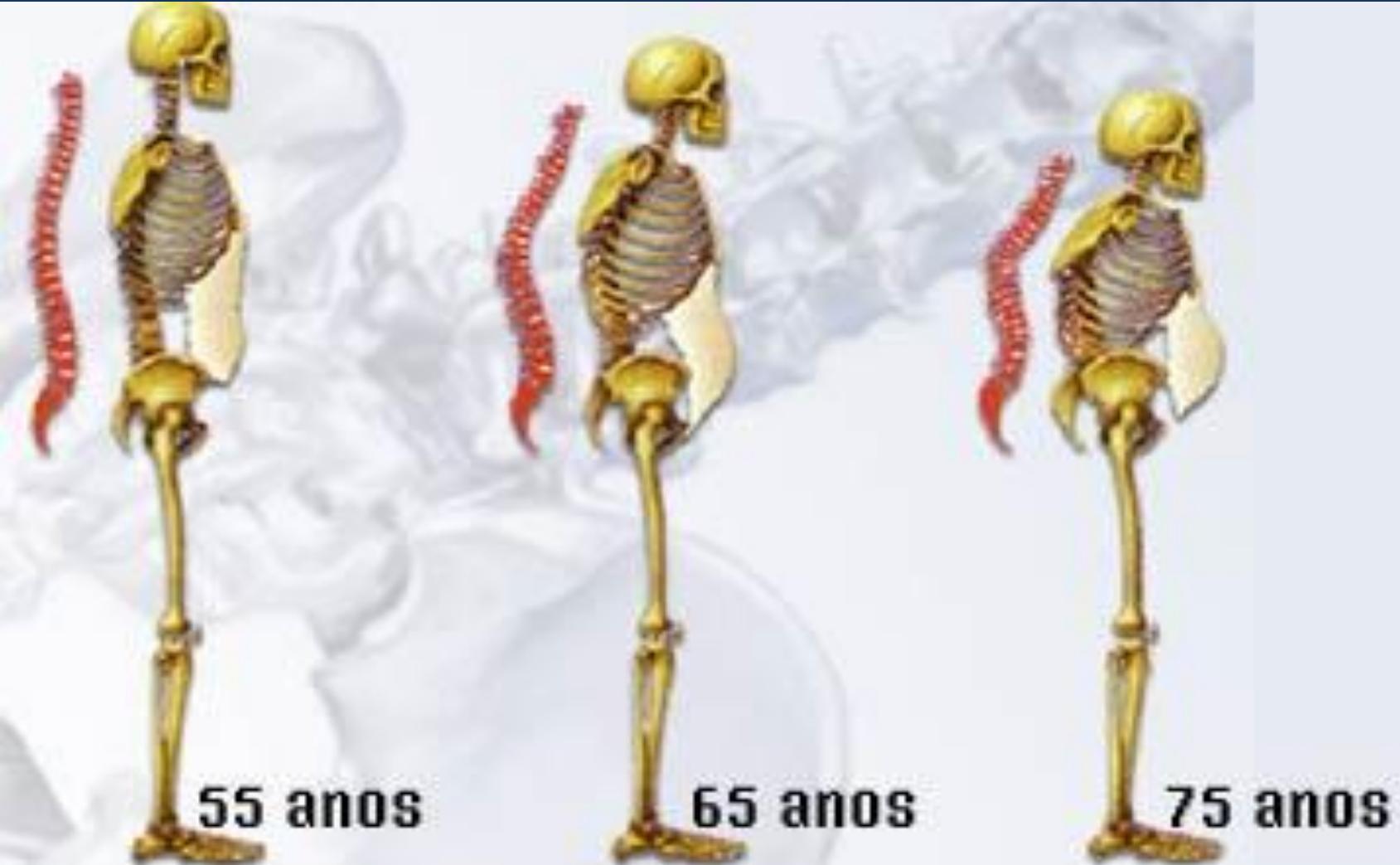
## Temperatura

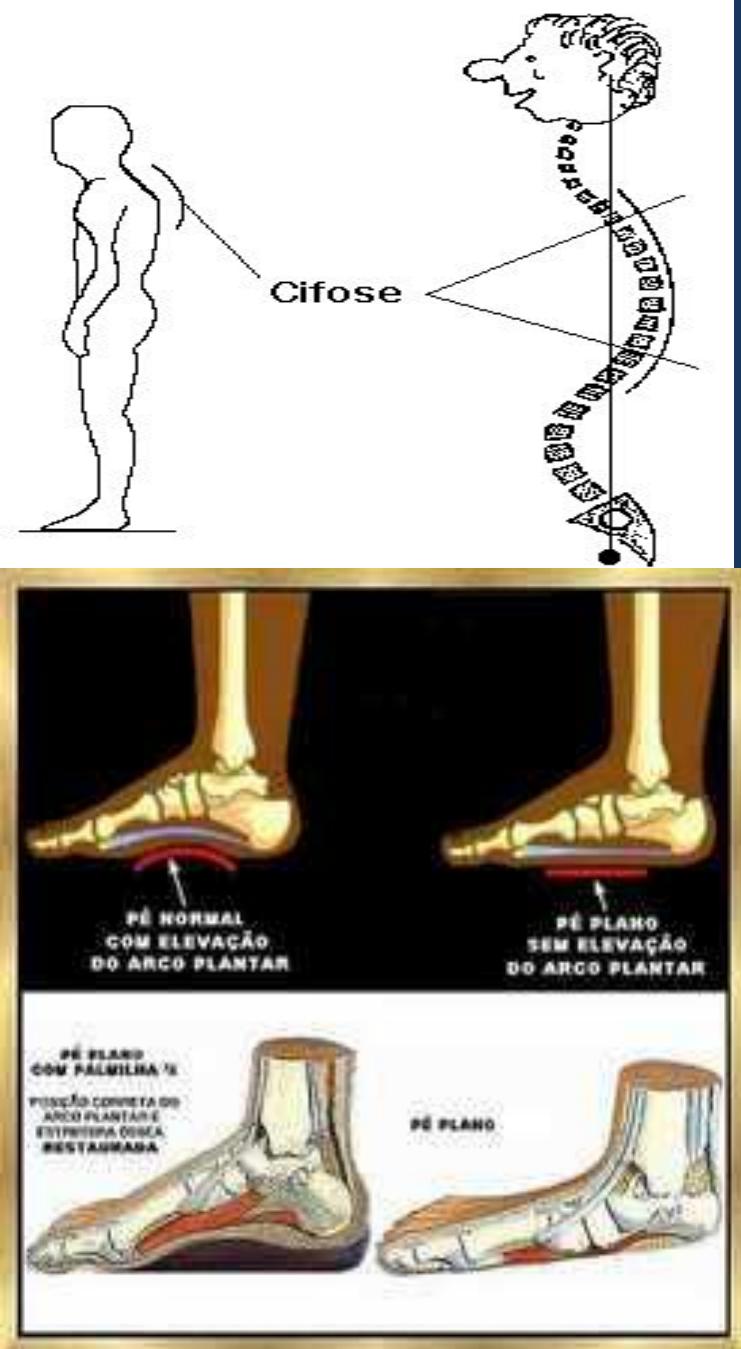
- a regulação da temperatura corporal e a habilidade para adaptação térmica comprometida.
- por disfunção hipotalâmica, lentificação da resposta aos pirogênios, dificuldade da produção e conservação do calor (redução da gordura subcutânea, lentificação da vasoconstricção periférica)
- A febre pode estar ausente nos processos infecciosos.
- Temperatura axilar maior  $\geq 37,2^{\circ}\text{C}$  ou elevações de  $2^{\circ}\text{C}$  na temperatura basal merecem investigação.
- hipotermia (temperatura axilar  $< 35^{\circ}\text{C}$ ) em resposta à infecção.

## **Estatura, peso e envelhecimento**

- A estatura diminui cerca de 1cm por cada 10 anos dos 40 até aos 70, acentuando-se depois essa redução:
  - achatamento das vértebras
  - redução dos discos inter-vertebrais
  - cifose dorsal
  - arqueamento dos membros inferiores
  - achatamento do arco plantar

- Modificações anatômicas na coluna vertebral, com redução da estatura
  - Perda de 1cm a cada década, após os 40 anos





Perda do arco dos pés

Cifose na parte superior da coluna, região cervicodorsal, reduzindo a distância entre a nuca e os ombros

Diminuição da distância de ombro a ombro

-  peso da maioria dos órgãos (redução da massa celular).
- Fígado ↓ 1500gr aos 20 anos para 1.250g aos 80 anos,
- Cérebro ↓ 1400 gr → 1.200 gr,
- Rim ↓ de 280gr → 220 gr,
- Pâncreas ↓: 70 gr → 60 gr
-  CORAÇÃO E PROSTATA

# Sistema respiratório

- ↓ da expansibilidade torácica
- Resposta ↓ a hipóxia
- ↓ da produção de surfactante (atelectasias, edema pulmonar, infecções )
- ↓ tecido elástico com colapso das pequenas vias aéreas
- ↑ volume residual **Enfisema relativo**

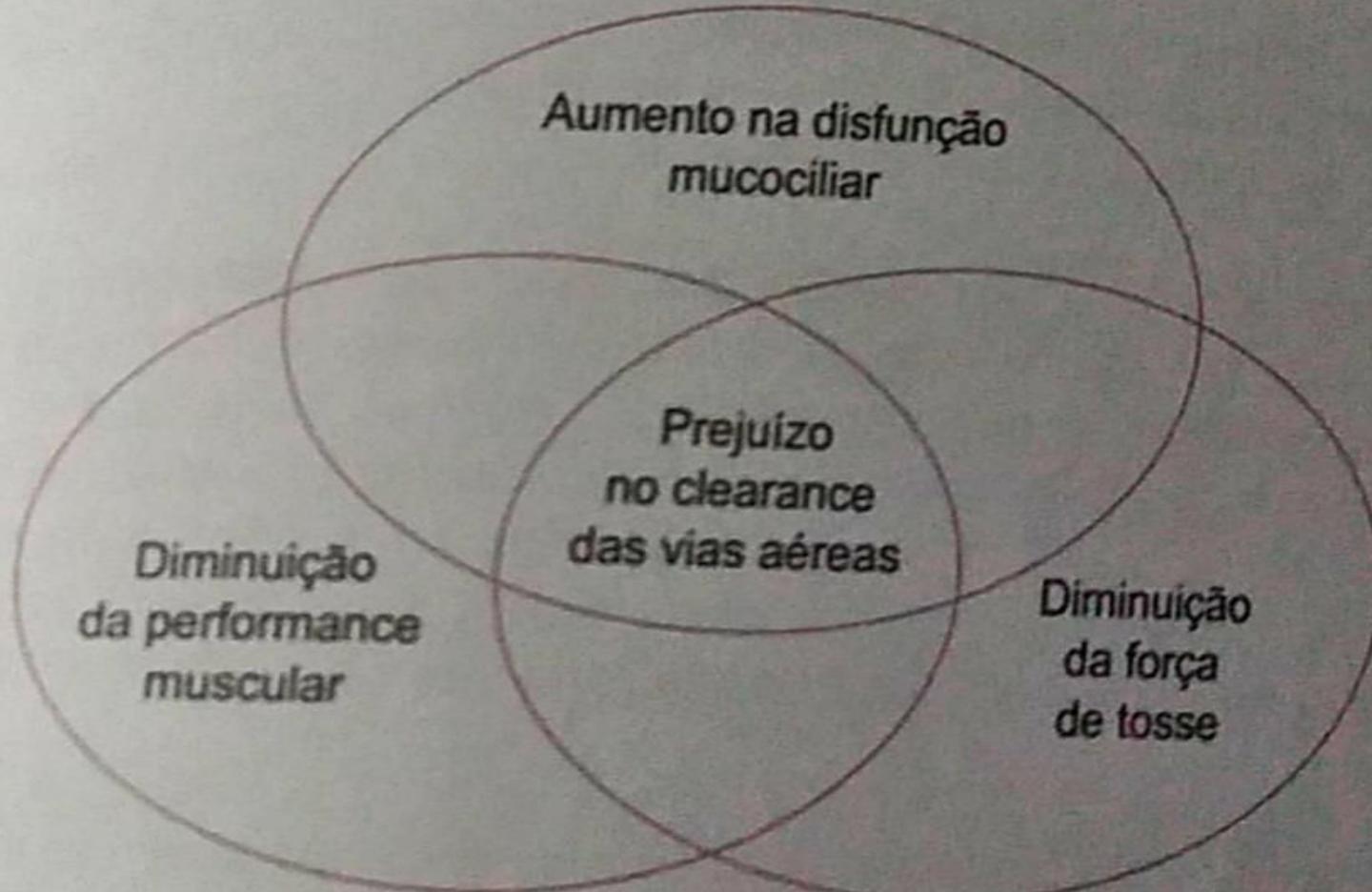
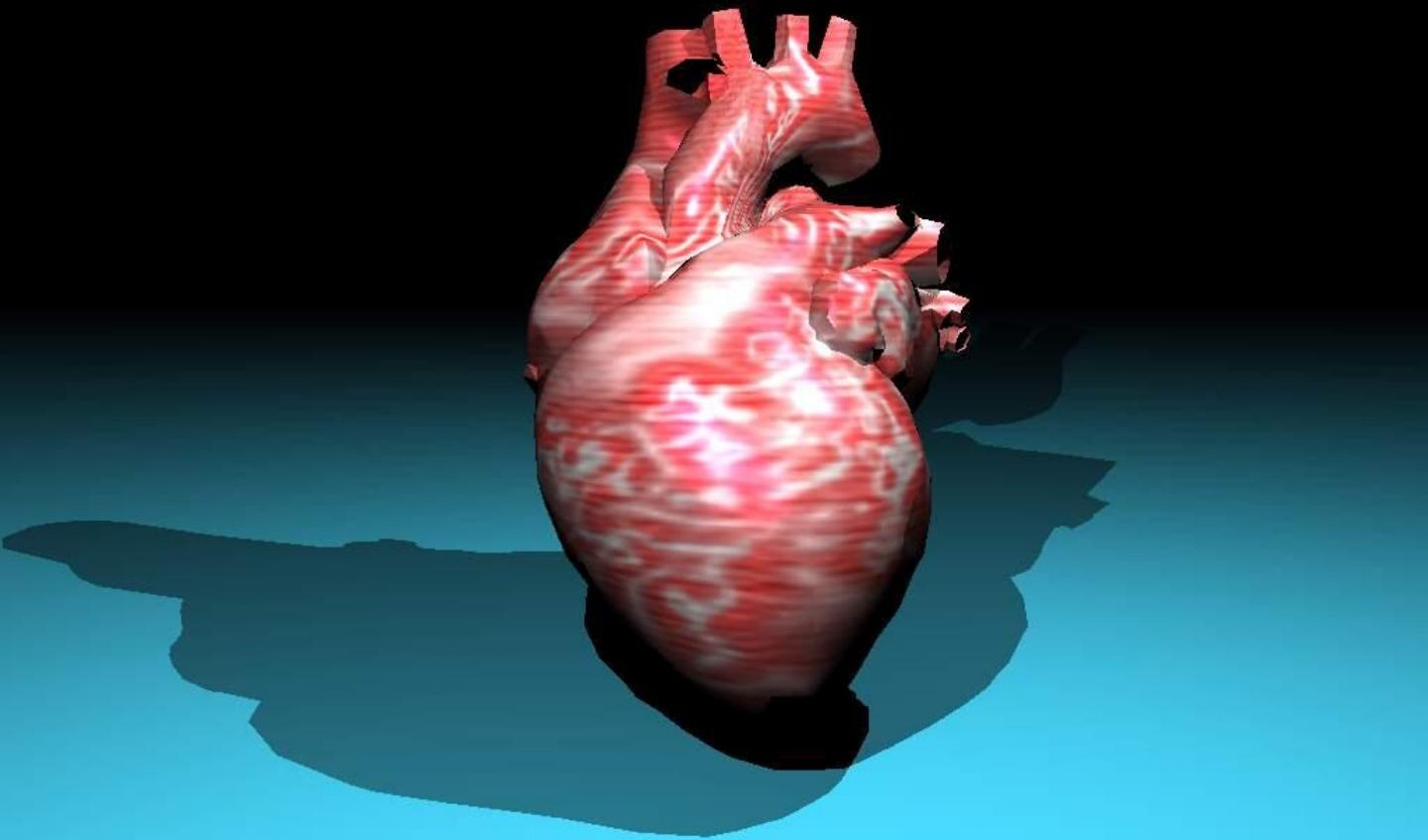


Figura 1 – Mudanças fisiológicas no clearance das vias aéreas com o envelhecimento.  
Fonte: Adaptada de Lowery e colaboradores (2013).<sup>20</sup>

## **ENVELHECIMENTO CARDIOVASCULAR**



- **Coração e vasos sanguíneos**
- Dificuldade de distinguir entre as alterações próprias do envelhecimento e as devidas a processos patológicos
- ↓ da pressão parcial de oxigênio prolonga o relaxamento, aumentando a pressão diastólica ocasionando congestão pulmonar e disfunção diastólica
- ↑ rigidez da parede do vaso, ↑ RVP ↑ pós carga
- da Pressão Arterial Sistêmica principalmente a sistólica 35 mm entre idade jovem e avançada  
( x perda da elasticidade das artérias)
- A elevação da resistência vascular periférica → pr diastólica. ]
- alterações valvares Valvulopatia degenerativa/ Degeneração aórtica e mitral  
Sopros → com repercussão clínica e sopros inocentes

- ↑ rigidez miocárdica e fibrose endocárdica **Disfunção diastólica** (alteração do relaxamento ventricular) (disfunção no enchimento do VE)
- A fração de ejeção ventricular esquerda, em repouso, **não está alterada** no idoso saudável.
- Há piora do enchimento atrial / fibrilação atrial
- Distúrbios na formação e/ou condução do **estímulo cardíaco** e x substituição do tecido autônomo por tecido conectivo e gordura 1 risco de **arritmias**,

- A aterosclerose está virtualmente presente em todos os idosos

- ↓ reflexos barorreceptores

- A hipotensão postural está presente em a 30-50% dos idosos acima dos 75<sup>a</sup>



ENVELHECIMENTO GÊNITO-URINÁRIO

## ✓ Rins e aparelho urinário

- Redução e tamanho e volume, perda do 40 % do parênquima renal, glomerular progressiva e redução da massa tubular
  - ↑ gordura nas lojas renais
  - ↓ progressiva do fluxo sanguíneo renal: 1% por ano após os 40 anos  
↓ do FSR: **50 % após 80 anos.**
  - ↓ progressiva do ritmo de filtrado glomerular :redução do clearance de creatinina (0,75ml/min/ano). ↓ 30-40 % após 80anos
- 
- ↓ da capacidade de concentrar e conservar o sódio
  - Insuficiência renal relativa
  - Hipertrofia prostática e Sintomas obstrutivos LUTS
  - Creatinina sérica não é marcador de função renal

↓ massa muscular/ ↓ da atividade muscular e o menor consumo de proteínas  
→ creatinina sérica “aparentemente normal”,

Creatinina de 1,0mg/dL pode representar uma depuração de 120mL/min no adulto e 60mL/min em um idoso de 80 anos ou +

Estimativa do clearance = cockroft e Gault

✓ DCE em ml/min:  $\frac{140 - \text{idade} \times \text{peso em kg}}{72 \times \text{creatinina em mg/dl}}$   
 $\times 0,85 \text{ mulher e } \times 1 \text{ em homes}$

## CKD- EPI      MDRD

em condições de sobrecarga : administração rápida e acentuada de líquidos  
→ hipervolemia, Insuficiência Cardíaca e edemas

IRA: após o uso de contrastes radiológicos, antibióticos, desidratação

✓ Necessidade de ajustar a dose da medicação a função renal 21

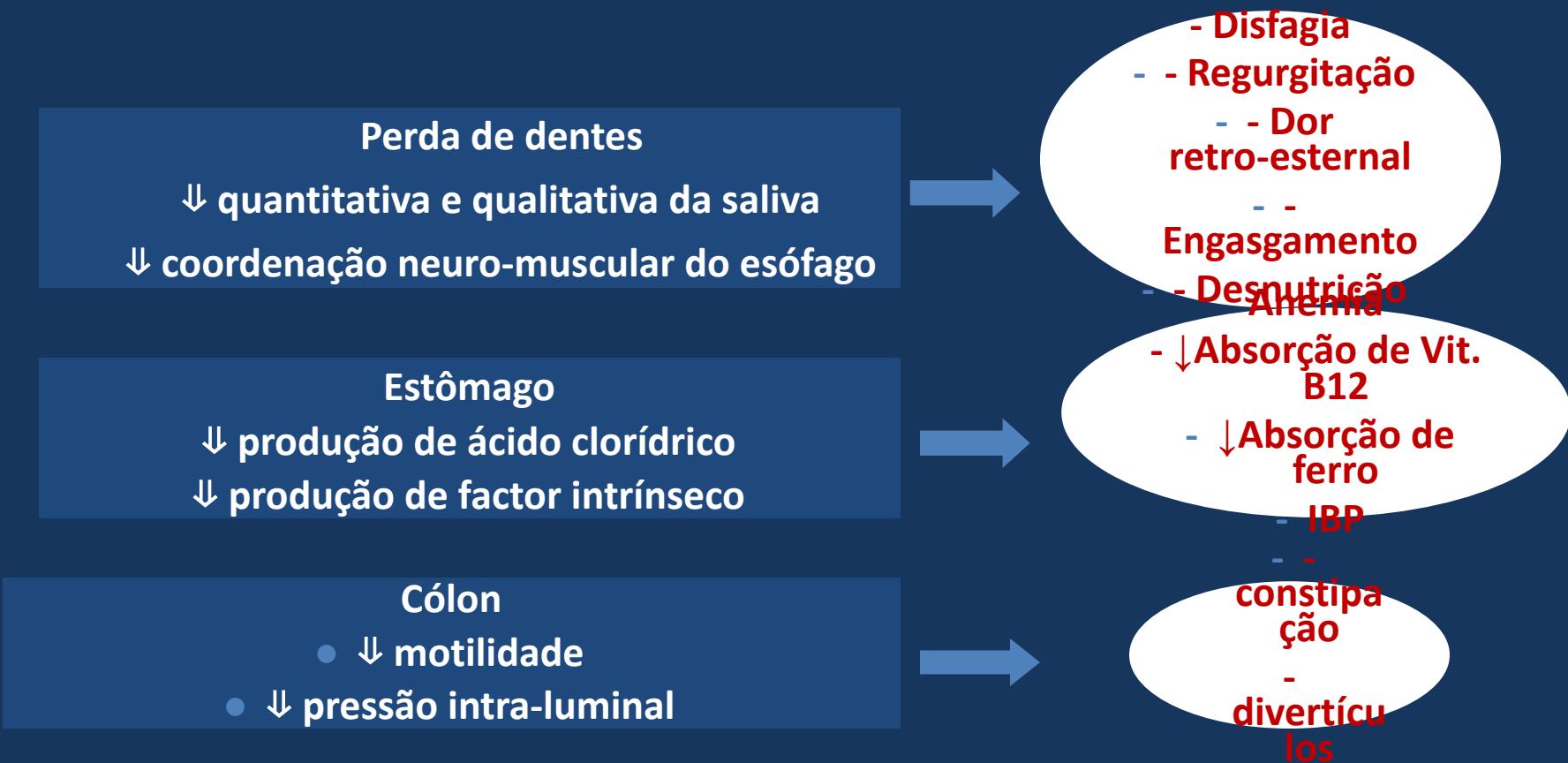
✓ As alterações da função glomerular não comprometem o bem-estar /  
não há reserva em caso de sobrecarga

## ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS



- Diminuição da saliva
- Esôfago
- Alteração da motilidade, há um aumento da resistência da passagem dos alimentos pelo esfíncter esofágico superior
- Transtornos motores do esôfago/ motilidade pode ser anormal pela redução da amplitude da contração muscular e pelas contrações terciárias. Peristalse anormal“**presbiesôfago”**
- incompetência esfincteriana distal - DRGE .
  
- Estomago:
- Redução das células parietais e Redução na mucosa gástrica
- diminui a secreção do ácido clorídrico e de pepsina, dificultando a digestão de alimentos,
  
- > tempo de esvaziamento gástrico pela diminuição de sua motilidade - a gastroparesia x Redução da inervação autonômica gástrico

# Envelhecimento do aparelho digestivo



## Fígado

- Redução do volume 20-40 % e do fluxo sanguíneo hepático
- Redução da função hepatocitaria e das enzimas hepáticas
- Aumento da gordura hepática
- Redução do metabolismo das drogas, citocromo P-450
- diminuição da síntese de fatores de coagulação vitamina K-dependentes,
- as provas de função hepática não se alteram.

## ✓ Tireiode

- ↓ de tamanho, tornando-se mais fibrótica e nodular
- Tireodopausa
- O hipotiroidismo e o hipertiroidismo são muitas vezes confundidos com a velhice
- Alguns estudos mostram que a PTH aumenta nos idosos para manter o nível de cálcio
- Os hiper e hipoparatiroidismos podem ser mais difíceis de diagnosticar nos idosos



ENVELHECIMENTO CEREBRAL

- ↓ peso do cérebro
  - ↓ > perda nos lobos frontal e temporal e da substância branca do que da substância cinzenta
- ↓ n.º neurónios
  - → Atrofia cerebral e perda neuronal → declínio cognitivo
- ↓ neurotransmissores
- no locus ceruleus – neurônios catecolaminérgicos –,
- na substância nigra – neurônios dopaminérgicos
- no hipocampo – neurônios colinérgicos
- No hipotálamo, na ponte e na medula a perda é mínima

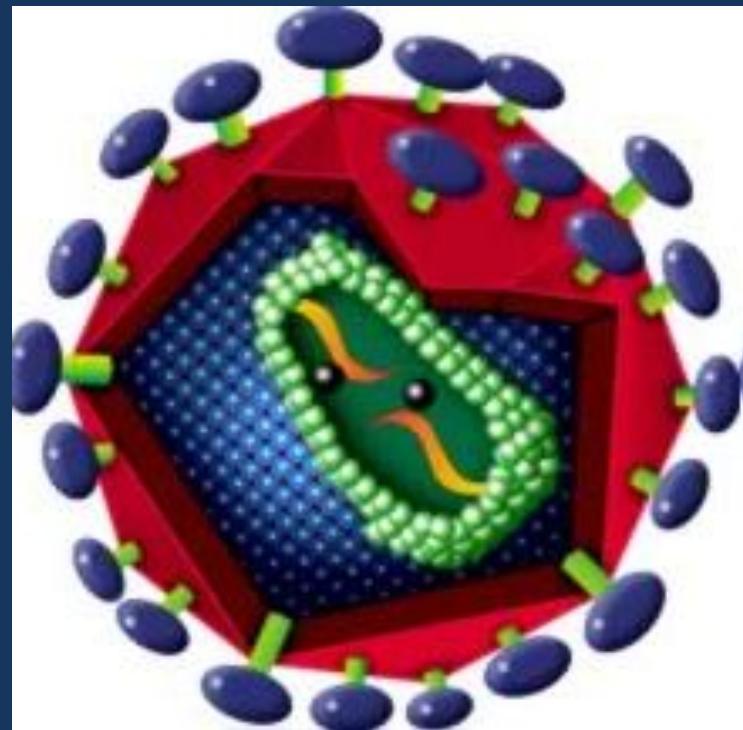


Lentificação das funções cerebrais  
Alterações cognitivas  
Coordenação neuro-muscular  
Diminuição dos reflexos  
Perturbações do equilíbrio



- ↓ Capacidade cognitiva
- Perdas significativas significam patologia
- Algumas são patologias reversíveis
  - défice vitamínico
  - hipotirooidismo

# IMUNOSENESCÊNCIA (ENVELHECIMENTO IMUNOLÓGICO)



- o sistema imune torna se intrigante e complexo  
“resposta imune menos apropriada e até danosa”
  - ↓ de AntiCorpos, aumento da suscetibilidade a infecções,
  - Comprometimento da resposta imune celular. Reativação de HZ, TB
  - aumento dos auto anticorpos, > frequência e gravidade de doenças autoimunes → contribuir o Dcronico D.
  - Menos quadros de alergias / Ig E mediadas
  - Baixa resposta vacinal
- 
- ativação DE FATORES INFLAMATORIOS IL- 6, IL-1, TNF- α→ atherosclerose, osteoporose
- 
- “> frequência de infecções, cancer e doenças autoimunes ”

- Avaliação do idoso:

- 2 grandes erros devem ser evitados:

- 1- considerar que as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes do seu envelhecimento ► o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças.

- 2- *Tratar o envelhecimento natural como doença* ► *realização de tratamentos desnecessários originários de sintomas e sinais que podem ser facilmente explicados pela senescênci*a.

A avaliação clínica clássica do adulto → QP, HDA,  
**Anamnese EF fazem parte da avaliação do idoso, mas**  
não são suficientes para o planejamento e  
implementação de planos de cuidados singulares (**PTS**)

# Adaptações nas regras da entrevista

- 1-Tornar o ambiente mais adequado,
- 2- Cumprimentar logo no inicio, apresentar se e trata ló por senhor(a),
- 3- Evitar falar aos gritos, ficar de frente, olhar nos olhos, gesticular e falar um pouco mais devagar ► leitura labial.
- 4- Ajude o/a locomover se, levantar se etc
- 5- Ao final da entrevista confira, **se o paciente compreendeu.**

- **PECULIARIDADES DO PROCESSO SAÚDE - DOENÇA EM IDOSOS**
- - a doença física pode se apresentar como um transtorno mental com confusão e desorientação (*delirium*).
- - as reações adversas a medicamentos são mais pronunciadas e mais prováveis;
- os sinais e sintomas **típicos** de doenças podem estar ocultos ou ser muito leves
- - múltiplos problemas orgânicos, psicológicos e sociais estão presentes.



- **Síndromes geriátricas/ Gigantes da Geriatria.**
  - Instabilidade postural e quedas no idoso.
  - Incontinência urinária e fecal.
  - Iatrogenia (RAM)
  - Insuficiência cognitiva.
  - Síndrome de imobilidade e úlceras por pressão.
- Síndrome de fragilidade

- **Semiologia do idoso ≠ com outras especialidades**
- N se restringe somente a realização de exame voltado para um grupo de patologias.
  - Avaliação orgânica e funcional.
- Anamnese
- Identificação:
- QP (difícil estabelecer)
- HDA ► geriátrica: difícil estabelecer uma cronologia correta da doença atual ► historias paralelas sem importância, (como posso ajudá-lo? Em que dia, data começou a...?)
- Interrogatório sintomatológico.
- HPP: (diagnósticos anteriores, imunizações, internações, cirurgias, hábitos )
- H familiar: suporte familiar número de pessoas na casa, relacionamento familiar, renda familiar e do paciente, maus tratos, caracterizar o domicílio
- **Inventário medicamentoso. investigar de forma extenuante...**
- Exame físico geral e por aparelhos e,
- Escalas de avaliação geriátrica
- lista de problemas,
- diagnóstico sindrômico, etiológico
- Plano terapêutico

## • Particularidade da Anamnese.

Boa RMP → fator principal

- ✓ Requer o dobro da atenção e o triplo da paciência.
- ✓ Despertar confiança → Aliança terapêutica → indispensável.  
informa pouco sobre a doença
- ✓ o paciente fica intimidado pela pressa manifestada pelo medico.
- ✓ fala de sintomas (sem importância ou próprios da velhice, esconde ou nega a doença → não fazer ex ou ser internado, ou receio com gastos, acham normal , “ nada pode ser feito para isso, portanto eu n quero aborrecer”)
- o processo de envelhecimento pode alterar as manifestações clinicas das doenças Ex ↑ o limiar da dor ( IMA, Abdome agudo, fratura óssea)
- manifestações atípicas das doenças Ex delirium (confusão mental aguda ), anorexia, o paciente não quer sair da cama → PMN, ITU, ICC etc

“Pequenas alterações podem significar grandes problemas”

doença única raro, varias morbidades “ efeito cascata”

Múltiplas doenças interagindo entre si, mascarando sintomas e dificultando o raciocínio clínico e tornando mais complexa a anamnese.

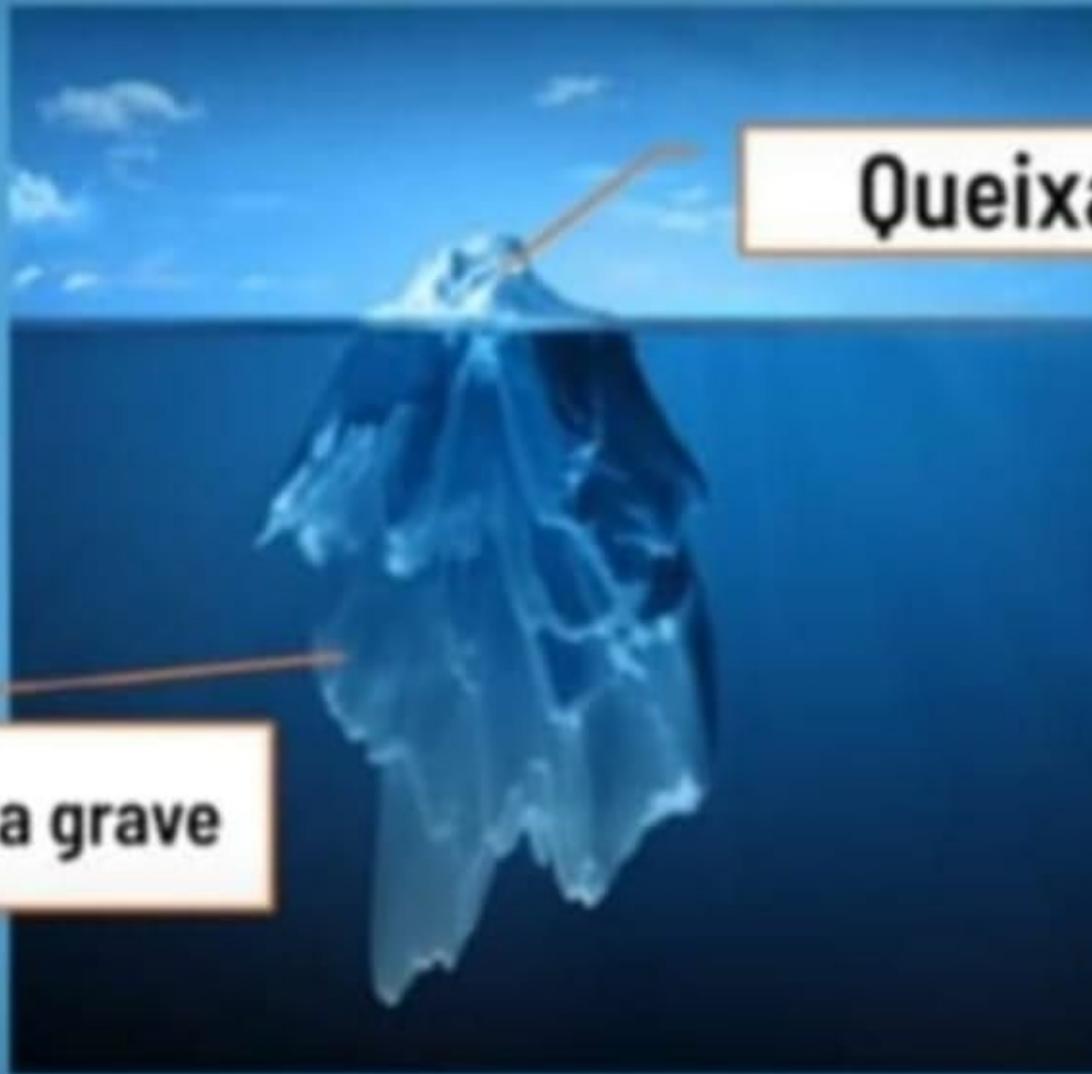
?? sobre doenças pré existentes → facilita a compreensão das manifestações clínicas HPP trabalhar com lista de problemas.

? medicamentos em uso e os usados por conta própria (

Podem interferir nas manifestações clínicas e serem os responsáveis pelos sintomas relatados pelo paciente .

Fazer inventario medicamentoso, verificar embalagens dos medicamentos. → IATROGENIA, Polifarmácia

# Dicas para facilitar o atendimento ao idoso



Identificação

Medicamentos

QPD/IS/Antecedentes

Funcionalidade

Peso e exame físico

# Como direcionar a avaliação

Coleta da história → defina prioridades GIF

1

Grave

2

Incômodo

3

Funcionalidade

O que mais  
impacta  
capacidade

O que mais  
importa ao  
paciente!

O que traz mais  
risco ao  
paciente!

2

1

3

**Queixas do paciente  
Preocupações da família  
Multimorbididades  
síndromes geriátricas  
polifarmacia**

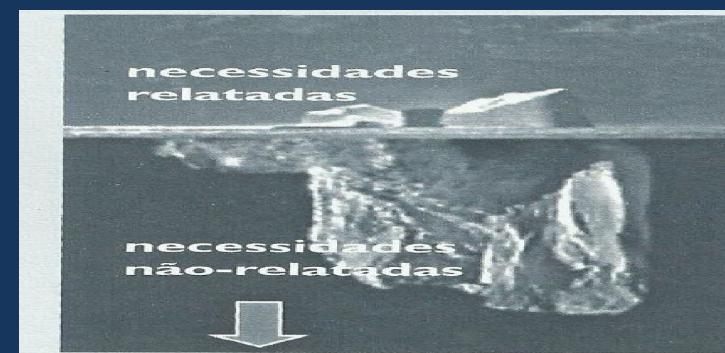


## **SINTOMA SENTINELA**

Delirium  
Perda de peso  
Queda  
Declínio funcional

The diagram features a large, light blue-grey mountain peak against a dark background. Four yellow arrows point from the right side of the slide towards the base of the mountain, each pointing to one of the four listed symptoms. The text is in a bold, black, sans-serif font.

- Conduzir a anamnese: se expressar com certa liberdade ao inicio → uma somação de problemas e cronologia confusa na maioria das vezes tem que **ser conduzida**.
- **Dificuldades na queixa principal, Qual é a QP ?, MITO DA QP.**
- Quantos não tem uma queixa única, muitos problemas relacionados com suas muitas morbidades, dar ênfase para aquela que mais o preocupa
- **Tenha cuidado com a queixa principal**
- Pode ser um erro grave por n levar em consideração uma queixa vaga
- As vezes Queixa do doente ≠ queixa da família .
- Muitas alterações não valorizadas pelo o paciente ou familiar somente são lembradas quando interrogadas. → Quedas, alterações bucais, distúrbios gastrointestinais, cognitivos e comportamentais ► “iceberg”
- A historia deve ser obtida do próprio pkte, entender q ele tem necessidade de falar, as informações obtidas **devem as vezes serem confirmadas**.
- **Anamnese e RMP Mais ampla : paciente - família**



- Interrogatório sintomatológico geriátrico

Peso , apetite, emagrecimento curva de peso IMC padrão alimentar

- transtorno da deglutição disfagia
- alteração da visão, audição
- Sintomas obstrutivos urinários, incontinência, constipação,
- dor
- Dor precordial, taquicardia, dispneia
- tonturas , perda da consciência sincope
- quedas, circunstancias numero de quedas, consequencias
- Esquecimento, sintomas neuropsiquiátricos sono depressão

- A cardioresp:
- dispnéia ?
- N manifestada espontaneamente, a agitação, confusão mental podem ser sua expressão e indicadores de sua gravidade,
- doenças pregressas podem dificultar sua etiologia.
- e o sintoma mais freqüente nos IMA ( 50 %) e pode substituir a dor em DAC.
- dor precordial, dor torácica, palpitações, níveis e curva de pressão arterial.
-

# EXAME FÍSICO



- Ectoscopia
- Estado geral , grau de autocuidado e sinais de negligência, comportamento, independência , marcha, fala.
- Dados antropométricos: peso , altura , IMC. Curva de peso Circunferência da panturrilha.
- Temperatura Temp axilar > 37,2º C
- Hipotermia Temp axilar <35 º C
- A mensuração deve ser mais prolongada (5 min)
- edemas, mucosas, hidratação, perfusão, icterícia, cianose, atitude, postura preferencial)
- Dados vitais: temperatura, pulso, FR, PA, Temp, Peso, DOR,
- Velocidade da marcha > 1 m/s
-

- **Fácies:**
- **Doença de Parkinson** :fixa, imóvel, inexpressiva, cabeça para frente, pele gordurosa, cabeça para a frente
- **Depressão**: expressão facial triste, fronte enrugada, olhar sem brilho, apatia
- **Demência**: mímica pobre lábios entreabertos, olhar vago para o infinito
- **Discinéticas orofaciais ou bucolinguais**: ►em pacientes com déficit cognitivo, desdentados e em uso de antipsicóticos e antiparkinsonianos.
- **Hipotireoidiana**: olhos pequenos inexpressivos, rosto arredondado x infiltração edematosa, apatia, macroglosia.
- **Hipertireiodiana**: raro de encontrar.
- **Insuficiência renal**: palidez, edema palpebral
- **Assimetria facial**: falta de dentes
- **Artérias temporais**: aumentadas, nodulares, tortuosas e sem pulso  
→ arterite temporal.

- Pele: melanose senil,
- . “cutis romboidal”
- Lesões ásperas, rugosa, escamas → **queratose actínicas** → lesões premalignas.
- **Prurido: sintoma comum** → secura exagerada da pele e ou causas sistêmicas.

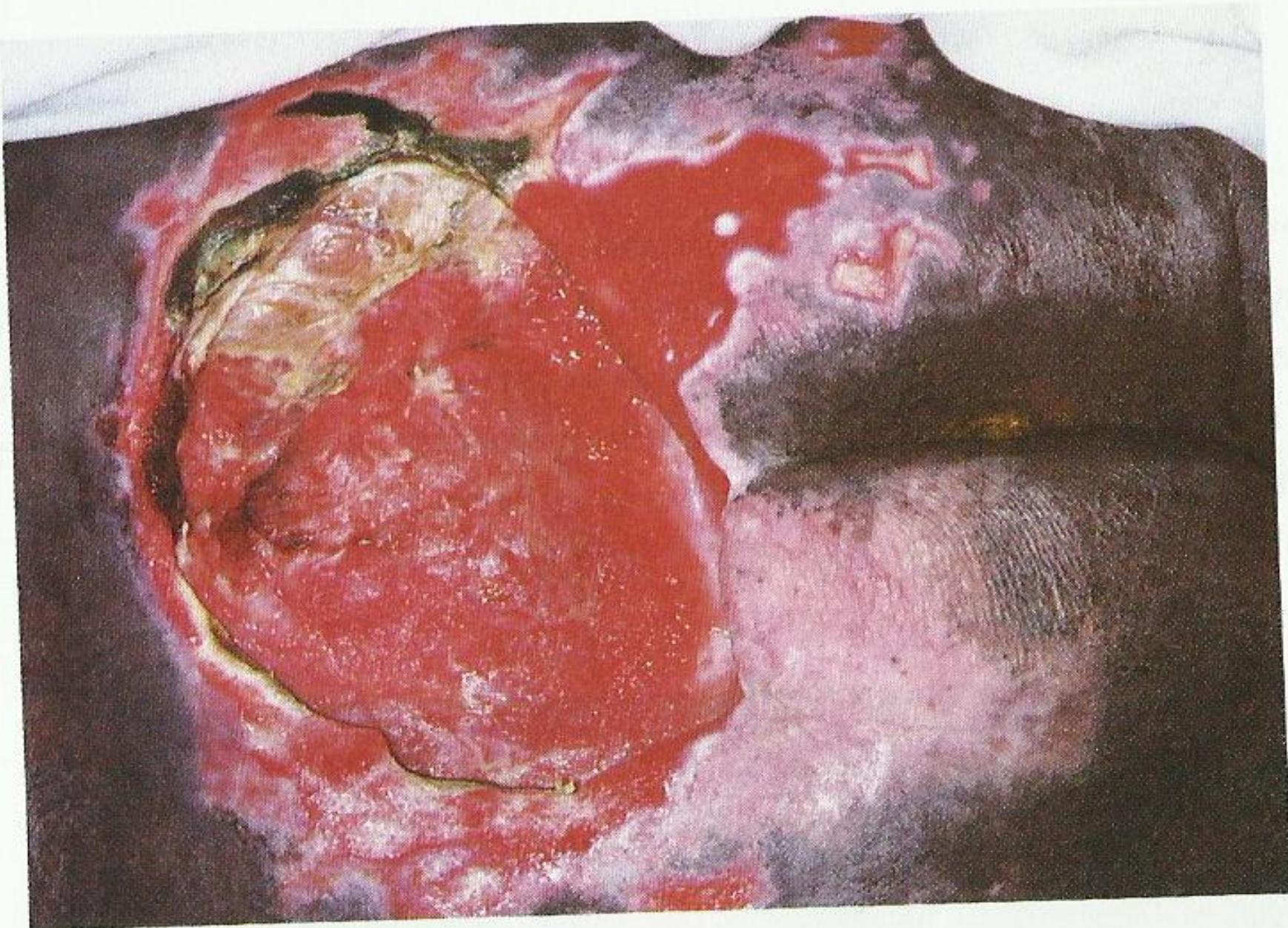
## • Lesão x pressão.

- Por pressão prolongada entre o Tecido e a superfície em proeminências ósseas.
- Escala de Braden.
- Todas são colonizadas, infecção local ou sistêmica.
- Classificadas de acordo as estruturas acometidas.
- Grau I: hiperemia persistente.
- Grau II: em epiderme ou derme, com lesões superficiais, abrasão, bolha.
- Grau III: Ultrapassa derme e TCS atingindo a fáscia muscular.
- Grau IV: necrose tecidual, envolvendo músculo, osso e tendões, pode haver túneis e fistulas.





**Figura 6** – Úlcera por pressão da região trocantérica.



**Figura 7 –** Úlcera por pressão da região sacra.

- Olhos:
- 
- Ectrópio: eversão palpebral e entrópio: inversão palpebral
- Arco senil: anel esbranquiçado no perímetro da córnea
- Pupilas: são menores, os tempos de relaxamento e acomodação aumentam com a idade, a reação a luz esta preservada .
- Fundo de olho: papiledema e incomum em lesões expansivas, detecção prejudicada pela catarata e dilatação inadequadas das pupilas

- **Cavidade Oral:** Oroscopia
- Parte Obrigatória no EF,
- ulcerações, gengivites, periodontite e piorréia, placas bacterianas.
- Lesões sugestivas de malignidade ► ulcerações que não cicatrizam e lesões que sangram.
- Granulomas e ulcerações da dentadura,
- Ulceras bucais traumáticas a dentaduras, dentes fraturados.
- irritação e fissuras nos cantos dos lábios → **Estomatites angular**
- Placas brancas nas gengivas e mucosa jugal ► **Leucoplasias ou candidíases** → Remover com espátula.
- Língua: glossite ou atrofia ► anemia ou déficit de vitaminas
- Tumores malignos da boca: língua, ulceras de bordas elevadas indolores
- Dentes: caries, mobilidade, higiene

- Tórax
- Inspeção:
  - Forma: Tórax insuflado x aumento do diâmetro AP e da cifose acentuada, secundárias a OA e OP com fraturas.
  - Rigidez da parede, debilidade muscular → diminuição da amplitude dos movimentos respiratórios (inspiração e expiração).
  - **Os achados positivos pulmonares tem o mesmo significado que em no adulto.**
  - Expiração mais duradoura pela ↓ da elasticidade pulmonar.
- **Expansibilidade torácica diminuída → limitada no idoso.**
- Tiragem: obstrução das VA, I Resp, tumores, secreções espessas, espasmo brônquico e nos restritos ao leito e dependentes para se alimentar, **Disfágicos** (alimentos nas vias aéreas)

- **Frequência respiratória:** particular significado quando **superior a 24 irpm** ► pode preceder o **diagnóstico clínico de PNM** ate em 3-4 dias.
- 
- **Ausculta:** **e mais difícil**, não conseguem realizar inspirações profundas.
- as vezes as crepitações nas bases pulmonares são desprovidas de significado clínico,
- Identificar ruídos de pneumopatias previas, que dificulta a interpretação de quadros agudos.
- **Ausência** de estertores na vigência de pneumonia.
- Nas pneumonias as crepitações podem não ter correspondência imediata com a imagem radiológica ► as alterações no Rx podem demorar ate 72 h para se tornarem evidentes.

# Aparelho cardiovascular

- Choque da ponta:

Torna-se, mais difícil a sua palpação, particularmente em pessoas com 80 anos ou mais.

na idade avançada, não constitui marcador clínico confiável na avaliação da área cardíaca.

- **A ausculta e método semiológico de maior utilidade** → válvulopatias e arritmias.
- **Terceira Bulha:** pode ser de difícil detecção, sempre patogênica e indicador confiável de insuficiência ventricular esquerda
- **Quarta bulha** pode ser detectada em até 94% dos idosos, independentemente da presença ou não de cardiopatia. Tem seu valor limitado no diagnóstico das doenças cardíacas , considerada até como fisiológica
- Frequentes a hipofonese de bulhas e de sopros sem repercussão clínica.
- **Sopros sistólicos audíveis em cerca de ½ dos idosos** → a valvas calcificadas → as valvas aórtico e mitral, sem repercussão clínica .
- Sopros diastólicos nunca são inocentes.
- Pulso irregular → F Atrial → arritmia > frequente e mais grave.



## Hipertensão Arterial em Idosos

- PA ( particularidades)
- Prevalência de HAS e alta ( >60%)
- muitas vezes são necessárias diversas mensurações variabilidade da PA aumenta com a idade.
- mensurar em ambos os braços. Considerar , o mais alto valor encontrado, o mais baixo resulta de fenômenos ateroscleróticos que mascaram a PA real.
- aumenta com a idade) → três medidas com valores anormais em consultas diferentes ou mapeamento ( MAPA), ( MRPA).
- a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação

**Pseudo hipertensão ,  
Hiatus auscultatório,  
Hipotensão postural**

- **Pseudo-hipertensão**
- **o endurecimento das paredes das artérias periféricas,**
- **medida falsamente alta ou valor maior do real, sinal de Osler + preditiva**
- manobra consiste em insuflar o manguito até que ultrapasse a pressão sistólica. Se artéria braquial ou radial do membro em que está sendo insuflado o manguito permaneça palpável, considera-se Osler positivo.
- Se não for mais palpada, significa que colapsou e, portanto, considera-se Osler negativo.

## □ Hipotensões com tratamento adequado.

com níveis pressóricos elevados e ausência de lesão em órgãos-alvo e que apresentam artérias dos braços calcificadas, que podem ser identificadas à palpação e/ou ao exame radiológico.

- **Hiato auscultatório:** consiste no desaparecimento dos sons na auscultação durante a deflação do manguito, isto pode subestimar a verdadeira pressão arterial sistólica (PAS) ou superestimar a pressão arterial diastólica (PAD).
- Evita-se esse erro insuflando-se o manguito até níveis de PAS nos quais há o desaparecimento do pulso à palpação.

- **Hipotensão ortostática** : HO. aferir PA (deitado, sentado e em Pé).

1- Queda na pressão arterial (PA) **sistólica** de pelo menos **20 mmHg**

- 2. Queda na PA **diastólica** de pelo menos **10 mmHg**
- 3. Sintomas de hipoperfusão cerebral. (cabeça oca, tonteira, sícope, desequilíbrio, quedas, distúrbios visuais)

HO pode ser classificada de acordo com a variação da FC,

- a) HO simpaticotônica: há resposta cardíaca compensatória apropriada (aumento da FC em até cerca de 20 bpm), encontra-se, em geral, associado ao desconjionamento físico, uso de medicamentos ou à hipovolemia;
- b) HO por disfunção autonômica: não ocorre aumento da FC com a queda postural da PA ou, se ocorre, em geral não é superior a 10 bpm;
- c) HO por distúrbio vagal: ocorre diminuição da FC associada à queda postural da PA.

- o seu diagnóstico **torna-se imperativo**.
- A prevalência na idade avançada é alta → associada a quedas, tonturas

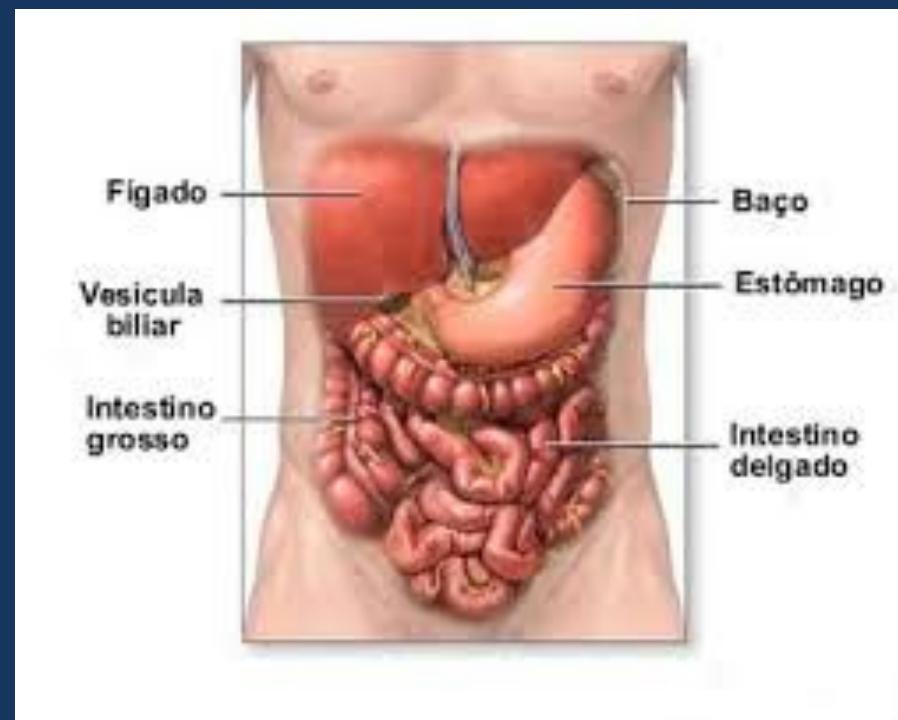


- **HS Isolada:** aumento da prevalência, > 65 anos → alterações vasculares, atherosclerose de seios carotídeos, co morbidades (DRC) e a medicamentos (diuréticos, vasodilatadores e antidepressivos)
- → prevalência de HSI e **fator de risco** importante p doenças cardiovasculares.
- **Hipertensão do avental branco:** frequente em idosos
- **Hipotensão pospandrial**
- a presença de arritmias, como a fibrilação atrial, podem dificultar a medida da PA

**Tabela 3.8** Metas para controle da hipertensão arterial sistêmica

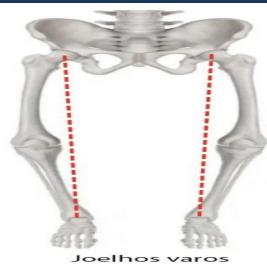
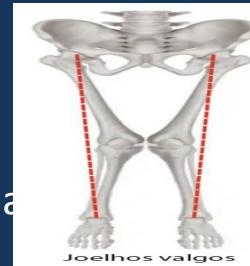
Categoría	Considerar
Idosos < 80 anos	< 140/90 mmHg
Idosos > 80 anos com cognição e funcionalidade preservadas	< 150/90 mmHg
Idosos frágeis, com várias comorbidades e expectativa de vida limitada	Decisão terapêutica individualizada

# Abdome



- Redução da distância entre o tórax e a pelve e protrusão das regiões meso e hipogástrico.
- Os músculos da parede abdominal são mais flácidos, facilitando a palpação profunda de alguns órgãos abdominais, bolos ou massas fecais do colón sigmoide e transverso → Fecaloma. (sinal de Gersuny )
- Redução da musculatura pode dar falsa impressão de distensão abdominal
- Palpação: pesquisar bexigoma, massas, hérnias
- Aneurismas aorta abdominal, AAA.
- O limiar de dor visceral aumentado e a parede abdominal pode não expressar a irritação peritoneal ► difícil o diagnóstico do abdome agudo diante da ausência de rigidez da parede x diminuição do tonus muscular.
- O toque retal: mandatório

- **Aparelho locomotor**
- Membro Superior e Inferior (examinados de maneira comparativa)
- Avaliação funcional (pegar uma caneta, xícara)
- **Ombro:** (elevação, rotação interna ou externa), avaliar dificuldade para executar os movimentos com as mãos acima dos ombros (pentear o cabelo) ► Síndrome do manguito rotador ou Capsulite adesiva.
- Arqueamento de MMII , borda medial, Crepitações do joelho.
- **Genu valgum:** parte medial do joelho angula se p a linha media
- **Geno varum:** angula se afastando se da linha media ► OA de joelho
- Atrofia de quadríceps: x sarcopenia (imobilidade, desnutrição )
- **Rotação lateral do Membro inferior : após queda ► fratura de fêmur.**
- Alterações da marcha e necessidade de uso de dispositivos auxiliares.
- **São Portadores de OA em < o > grau.**



## **FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL**



Aparência típica  
de paciente com  
fratura de colo  
femoral direito

Em pacientes idosos as fraturas de fêmur  
geralmente são conseqüentes à quedas

- Exame neurológico:
- Avaliação : equilíbrio e Marcha, reflexos, força , tonus muscular e coordenação motora.
- Marcha: hemiparética, Ataxia cerebelar: marcha de ébrio
- **Marcha festinante**: passos curtos,lentos, tronco flexionado para frente, inicio lento do movimento, com aceleração rápida dos pés, tremor de repouso ► DP, doença cerebro vascular, HPN
- Tríade ►IU, marcha lenta com alargamento da base e distúrbio cognitivo ► Hidrocefalia normotensa (**HPN**).

- **Reflexos** osteotendinosos profundos podem estar ↓.
- Resposta extensora plantar (**sinal de babinski**) | → pode estar perjudicado em paciente c Hallux valgus.
- Rigidez “roda denteadas” → parkinsonismo.
- **Reflexos primitivos:** encontrados na infância, reaparecimento ► doença cerebral difusa → processos demências...
- Sinais de irritação meníngea: **testar rigidez nucal** → difícil interpretação na OA de coluna cervical e de joelhos.

- O exame dos pares cranianos pode estar prejudicado:  
alterações no paladar, na visão e olfato ao igual que o  
Pupilas e movimentos oculares reduzidos.
- Avaliação dos movimentos : **Bradicinéticos ou hipercinéticos.**
- Bradicinéticos (**Parkinsonismos**): acinesia, tremor, rigidez, instabilidade postural.
- D Parkinson primaria, secundaria
- medicamentos: antipsicóticos, antivertiginosos, metoclopramida,

- Hipercinéticos:
- Excesso de movimentos involuntários → infartos cerebrais em regiões dos núcleos da base e tálamo ► hemicoreia, hemidistonia, tremor, hemiparkinsonismos.
- Tremor senil: em repouso, aumenta com o exercício, MMSS, Cabeça, lábios ≠ parkinson .

# Diagnóstico

- No idoso, há dificuldade no diagnóstico
- "*A Infecção no idoso pode ser silenciosa, latente, sem febre, a tosse e a expectoração podem estar atenuadas, o exame físico mal definido e mutável e todo o conjunto de sintomas desproporcional a gravidade e as repercussões sistêmicas*" Osler, 1902.

## **Quadro 90.2 Apresentações Clínicas Não-específicas que Podem Indicar Doenças Graves e Potencialmente Fatais em Idosos**

---

Mudanças cognitivas e *delirium*

Queixas vagas, como a sensação de desconforto ou de mal-estar

Astenia

Anorexia

Quedas recorrentes

Perdas de capacidade funcional e em atividades da vida diária

Instalação de incontinência urinária

Taquipnéia

Alterações de  $\pm 2^{\circ}\text{C}$  da temperatura basal



## **Doenças que mais frequentemente se apresentam de modo inespecífico no idoso**

- Pneumonia
- Infarto do miocárdio
- Tromboembolismo pulmonar
- Hipotiroidismo
- Depressão
- ITU



**TESTES E ESCALAS**

**GRAU E EXTENSÃO DA INCAPACIDADE**

**PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO**

**NECESSIDADE DE MUDANÇAS NO AMBIENTE**

**CUIDADOS COM SI PRÓPRIO E VIDA INDEPENDENTE**

**PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO**

# FUNCIONALIDADE

Atividades de Vida Diária – AVD's básicas e instrumentais

## AUTONOMIA DECISÃO

É a capacidade/independência de decidir e controlar sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras.

## INDEPENDÊNCIA EXECUÇÃO

Refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios

### COGNIÇÃO

Memória  
Função Executiva  
Linguagem  
Função visuoespacial  
Gnosíia  
Praxia

### HUMOR

Motivação

### MOBILIDADE

Postura e Marcha  
Capacidade aeróbica

### COMUNICAÇÃO

Visão  
Audição  
Fala

INCAPACIDADE COGNITIVA

INSTABILIDADE POSTURAL

IMOBILIDADE

INCONTINÊNCIA ESFINCTERIANA

INCAPACIDADE COMUNICATIVA

INTROGENIA

INSUFICIÊNCIA FAMILIAR

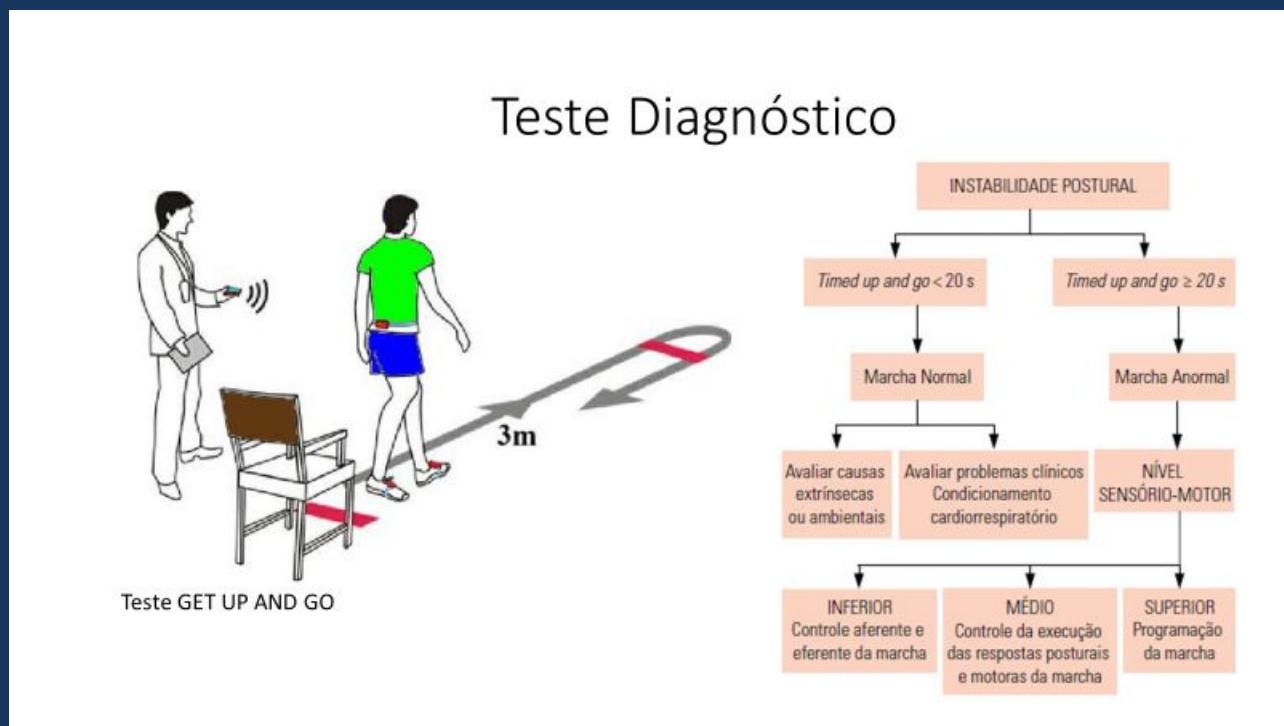
- Avaliação Funcional
  - Parâmetros de avaliação funcional.
- 1- marcha e equilíbrio
  - 2- Função cognitiva.
  - 3- Condições emocionais.
  - 4- Suporte familiar e social
  - 5- Capacidade para executar as atividades da vida diária ( ABVD)
  - 6- Capacidade para executar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD)
  - 7- estado nutricional.

- Equilíbrio e marcha: Escala de TINETTI, GET UP AND GO.
- Atividades de vida diária (AVD e AIVD): escala de KATZ e LAWTON
- Saúde mental: MEEM e EGD
- Deficiências sensoriais
- Avaliação nutricional : MAN
- Fatores sócio ambientais:

## Get and go TUG : Risco de quedas

Teste do levantar e andar, observar instabilidade postural, tipo de marcha e tempo de execução.

Idosos normais: 10 segundos 10 -20 risco > 20 seg  
esta relacionado com incapacidade moderada e risco de quedas.



# Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Avaliação de função cognitiva.

- Rápido

EXAME DE RASTREIO,  
NÃO FAZ DIAGNÓSTICO

MOCA

# MEEEM

## MINIEXAME DO ESTADO MENTAL\*

Paciente: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pontos)

- Dia da semana (1 ponto) \_\_\_\_\_
  - Dia do mês (1 ponto) \_\_\_\_\_
  - Mês (1 ponto) \_\_\_\_\_
  - Ano (1 ponto) \_\_\_\_\_
  - Hora aproximada (1 ponto) \_\_\_\_\_
- |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

### ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pontos)

- Local genérico (residência, hospital, clínica) (1 ponto) \_\_\_\_\_
  - Local específico (andar ou setor) (1 ponto) \_\_\_\_\_
  - Bairro ou rua próxima (1 ponto) \_\_\_\_\_
  - Cidade (1 ponto) \_\_\_\_\_
  - Estado (1 ponto) \_\_\_\_\_
- |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

### MEMÓRIA DE FIXAÇÃO (3 pontos)

- Repetir: Vaso, carro, tijolo.  
1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa \_\_\_\_\_   
Repita até as três palavras serem repetidas (máximo de 5 tentativas)

### ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)

- Subtração: 100-7 sucessivamente, por 5 vezes  
(1 ponto para cada cálculo correto) \_\_\_\_\_

### MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)

- Lembrar as 3 palavras repetidas anteriormente (em MEMÓRIA DE FIXAÇÃO)  
(1 ponto por palavra certa) \_\_\_\_\_

### LINGUAGEM (8 pontos)

- Nomear objetos: um relógio e uma caneta (2 pontos) \_\_\_\_\_
- Repetir: "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) \_\_\_\_\_
- Seguir comando verbal: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) \_\_\_\_\_
- Ler e seguir comando escrito (FRASE): "feche os olhos" (1 ponto) \_\_\_\_\_
- Escrever uma frase (1 ponto) \_\_\_\_\_

### PRAXIA CONSTRUTIVA (1 ponto)

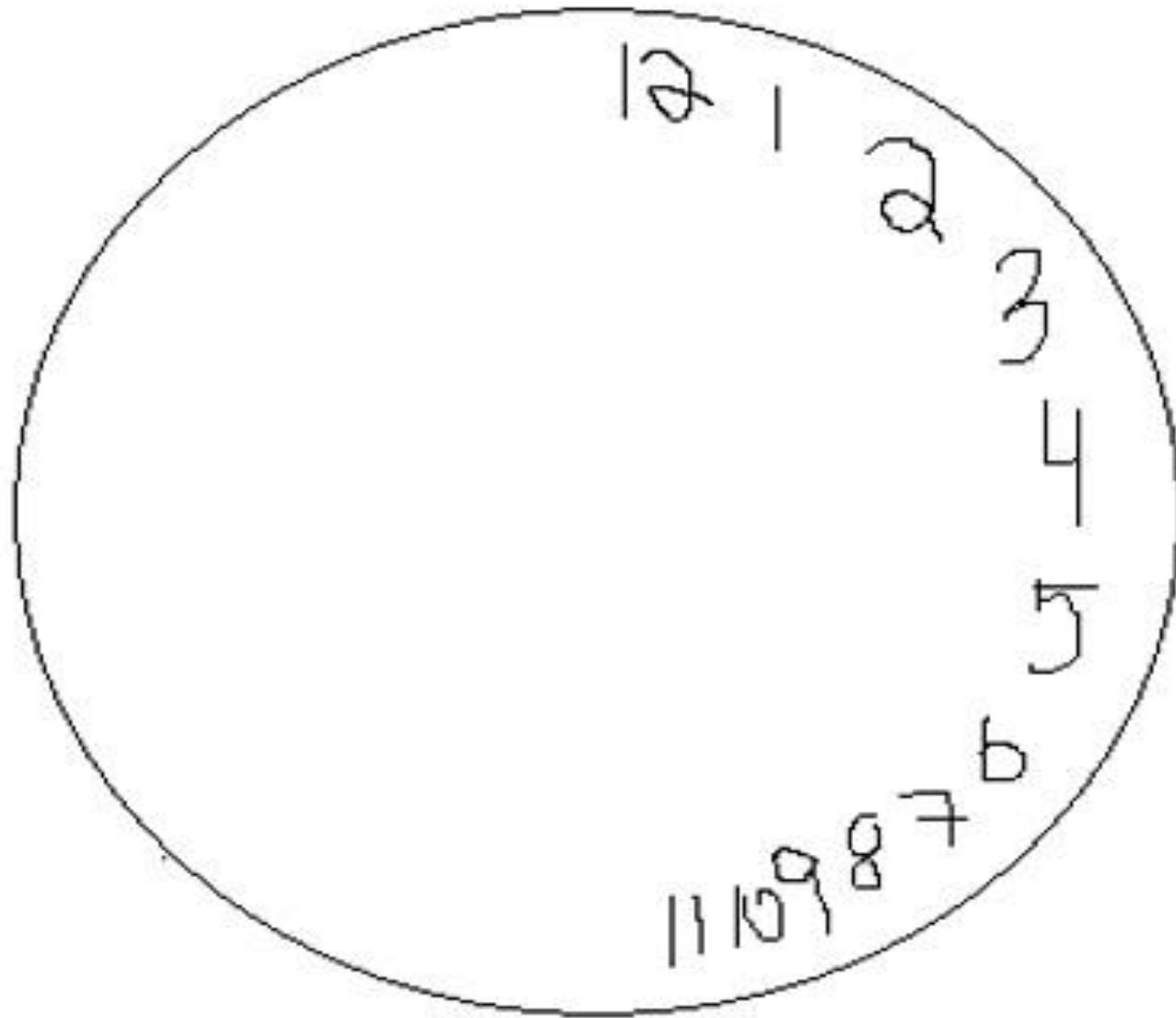
- Copiar um desenho (1 ponto) \_\_\_\_\_



ESCORE: \_\_\_\_ / 30

## **Teste do relógio**

- Testa funções executivas
- Testa habilidade visuoespacial
- Leva poucos minutos para aplicação



- Avaliação do humor .

Distúrbios de humor, angustia , ansiedade e luto, podem contribuir para a diminuição da capacidade funcional.
- O idoso deprimido apresenta alterações de memória, fatiga crônica, perda do interesse, irritabilidade, afastamento social e somatização, mais que as queixas clássicas de depressão.
- Escala de depressão geriátrica abreviada de Yesavage (EGD)

## Escala Depressão Geriátrica de Yesavage

**Quadro 1 - Apresentação da escala de depressão geriátrica na versão curta (EDG-15)<sup>15</sup>**

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

## RESULTADOS

Normal  
Até 5

Depressão  
Mais de 7

Depressão  
moderada a grave  
Mais de 11

- Atividades da vida diária( AVD)

Tarefas para cuidar de si próprio.

Escala de kATZ

**Escalas de Avaliação Funcional**  
**Atividades Básicas de Vida Diária - Katz**

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

**Escore: 6 pontos (independência para AVD); 4 pontos (dependência parcial); 02 pontos (dependência importante)**

*Modificado de Katz et al. Gerontologist, 1970; 10:20-30*

- Atividades instrumentais da vida diária.

Habilidade do idoso para ministrar o ambiente onde vive.

Procurar e preparar comida, lavar as roupas, cuidar da casa, sair fora de casa, fazer comprar, gerenciar o dinheiro, ir ao medico, comparecer a compromissos sociais.

e importante a informação de cuidadores ou familiares, para determinar se o paciente é ou não capaz de executar tais tarefas, e estabelecer qual o grau de supervisão ou ajuda que ele necessita se for incapaz de executa – las sozinho.

Escala de Lawton

## ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD-Lawton)

Sr(a) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **1. Habilidade para usar o telefone**

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1

### **6. Responsabilidade com seus medicamentos**

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1

### **2. Meios de transporte**

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1

### **7. Habilidade para administrar finanças**

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1

### **3. Fazer compras**

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1

### **8. Preparo da alimentação**

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1

### **4. Manutenção da casa**

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1

### **9. Trabalhos domésticos**

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1

### **5. Lavanderia**

Sem ajuda	3
Com ajuda parcial	2
Não consegue	1

Escore \_\_\_\_ /27

Primeira resposta significa independência

Segunda resposta capacidade com ajuda

Terceira resposta significa dependência

Escore tem um significado apenas para o paciente individual servindo como base para comparação evolutiva

- Suporte social e familiar.
- Indagar:
  1. O paciente está satisfeito ou pode contar com a família para resolver seus problemas.
  2. Há conflitos familiares,.
  3. O paciente participa da vida comunitária e da sociedade em que vive.
  4. Tem amigos e pode contar com eles.

“Maus tratos” infligidos por familiares ou outras pessoas da sua convivência.

pode configurar crime

### Apgar da família

6 pontos: deficiência leve

4-6 pontos: deficiência moderada

< 3 pontos: deficiência acentuada

**■ ■ ■ APGAR DE FAMÍLIA**

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	SEMPRE	ALGUMASVEZES	NUNCA
		2	1	0
<b>A = Adaptation (Adaptação):</b> Representa a satisfação do membro familiar com a assistência recebida quando recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para a resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.	Estou satisfeito (a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
<b>P = Partnership (Companheirismo):</b> Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e “alimentados”.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
<b>G = Growth (desenvolvimento):</b> Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientações mútuas.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
<b>A = Affection (Afetividade):</b> Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou a relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
<b>R = Resolve (Capacidade resolutiva):</b> Representa a satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo (envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço). Embora possa compreender todos estes aspectos, o autor considerou mais relevante incluir apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

- Avaliação nutricional
  - MAN
  - IMC
  - Circunferência da Panturrilha
- 
- IMC : Classificação do estado nutricional para o idoso
  - < 22 kg/m<sup>2</sup>    **Desnutrição**
  - 22 - 27 kg/m<sup>2</sup>    Eutrofia
  - > 27 kg/m<sup>2</sup>    Obesidade

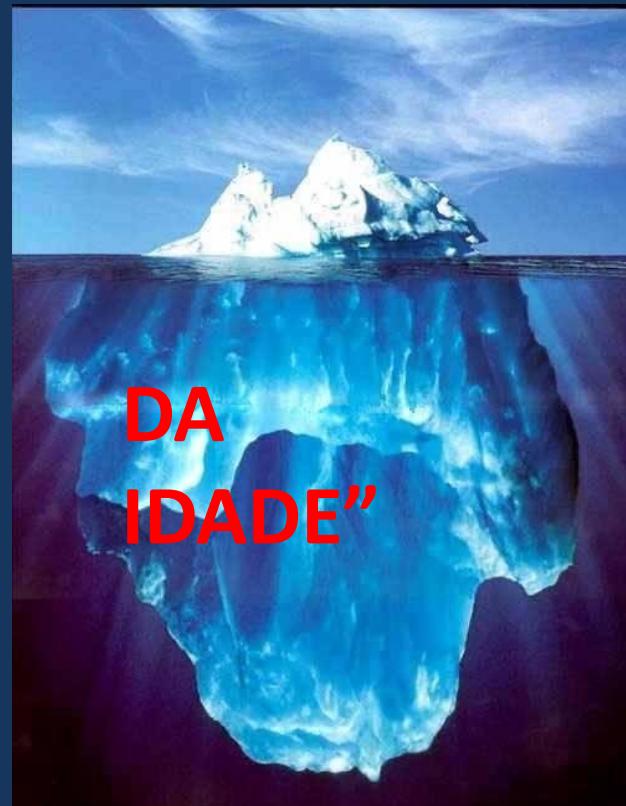
# IVCF 20

Paciente: _____	Acompanhante (nome e parentesco) _____	Data da Avaliação: _____ / _____ / _____. Avaliador: _____
Município: _____ UBS: _____	Pontuação IVCF-20: _____	<input type="checkbox"/> ROBUSTO(0a6) <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE FRAGILIZAÇÃO(7a14) <input type="checkbox"/> FRÁGIL(>=15)
<b>ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20</b> www.ivcf-20.com.br		
<p>O questionário deve ser realizado pela equipe de nível superior com o paciente e na presença de um cuidador que tenha convívio com ele.</p> <p><b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b></p> <p><b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b></p> <p><b>COGNIÇÃO</b></p> <p><b>HUMOR</b></p> <p><b>MOVIMENTO</b></p> <p><b>COMUNICAÇÃO</b></p> <p><b>COMORBIDADES MULTRIPLES</b></p>		
<p><b>1. Qual é a sua idade?</b></p> <p>( ) 60 a 74 anos<sup>a</sup>  <input checked="" type="checkbox"/> 75 a 84 anos<sup>a</sup>  <input type="checkbox"/> 85 anos<sup>a</sup></p> <p><b>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</b></p> <p>( ) Excelente, muito boa ou boa<sup>b</sup>  <input type="checkbox"/> Regular ou ruim<sup>b</sup></p>		
<p><b>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</p> <p><b>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?</b></p> <p>( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde  <input checked="" type="checkbox"/> Sim<sup>c</sup></p> <p><b>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</p> <p><b>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p>		
<p><b>7. Alguém familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p> <p><b>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p> <p><b>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p>		
<p><b>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p> <p><b>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p>		
<p><b>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p> <p><b>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p>		
<p><b>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perda de peso não intencional de 5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( ).</li> <li>Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( ).</li> <li>Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( ).</li> <li>Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ).</li> </ul>		
<p><b>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p> <p><b>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p>		
<p><b>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p>		
<p><b>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p>		
<p><b>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</b></p> <p>( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</p>		
<p><b>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cinco ou mais doenças crônicas ( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</li> <li>Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</li> <li>Internação recente, nos últimos 6 meses ( ) Sim<sup>c</sup>      ( ) Não</li> </ul>		
PONTUAÇÃO FINAL (MÁX 40 pontos)		

# GIGANTES DA GERIATRIA.

## Síndromes geriátricas

Síndromes geriátricas – Condições de saúde complexas que geralmente ocorrem na idade avançada, não entram na categoria de doenças específicas e geralmente são consequência de múltiplos fatores subjacentes e disfuncionais em vários sistemas orgânicos.



# FUNCIONALIDADE

Atividades de Vida Diária – AVD's básicas e instrumentais

## AUTONOMIA DECISÃO

É a capacidade/independência de decidir e controlar sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras.

## INDEPENDÊNCIA EXECUÇÃO

Refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios

### COGNIÇÃO

Memória  
Função Executiva  
Linguagem  
Função visuoespacial  
Gnosíia  
Praxia

### HUMOR

Motivação

### MOBILIDADE

Postura e Marcha  
Capacidade aeróbica

### COMUNICAÇÃO

Visão  
Audição  
Fala

INCAPACIDADE COGNITIVA

INSTABILIDADE POSTURAL

IMOBILIDADE

INCONTINÊNCIA ESFINCTERIANA

INCAPACIDADE COMUNICATIVA

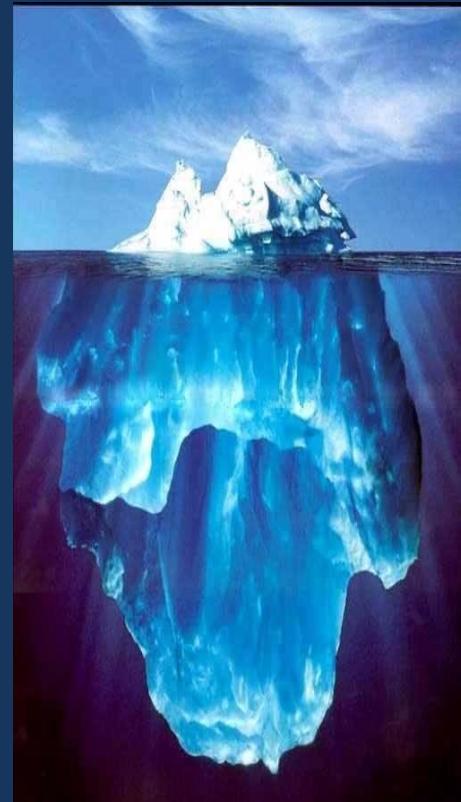
INTROGENIA

INSUFICIÊNCIA FAMILIAR

- Resultam não só de doenças específicas mas também de múltiplos e acumulativos
- déficits que produzem declínio funcional e dependência.
- uma “síndrome” se caracteriza por múltiplas etiologias, ou seja, não existe uma causa única.
- geralmente, não causa risco iminente de morte mas compromete, de forma significativa, a qualidade de vida da pessoa acometida.
- multiplicidade etiológica → envolve terapêutica complexa e, de preferência, uma abordagem multidisciplinar.
- São o princípio de muitos outros problemas → “Uma síndrome geralmente leva à outra produzindo o que se denomina “efeito dominó” cujo significado final é a piora significativa da qualidade de vida da **pessoa idosa e de seus familiares**.
- a associação entre as alterações da senescência e as relacionadas à senilidade podem ser a causa.

# 7 is

- ❖ síndrome de insuficiência cognitiva.
- ❖ síndrome de Instabilidade Postural – Quedas
- ❖ síndrome de imobilidade.
- ❖ síndrome de Incontinência urinaria e fecal
- ❖ síndrome iatrogênica
  
- ❖ Síndrome de insuficiência comunicativa
- ❖ Síndrome de insuficiência familiar/ social
  
- ❖ Síndrome de fragilidade



A large, multi-tiered iceberg is the central focus, situated in a dark blue sea. The sky above is filled with heavy, greyish-blue clouds. In the foreground, a smaller, partially submerged piece of ice floats on the water.

**“Papai está esquisito”**

**“Mamão está  
desequilibrada”**

**“Dor no corpo todo”**

**“Papai não dá mais  
conta de fazer as coisas”**

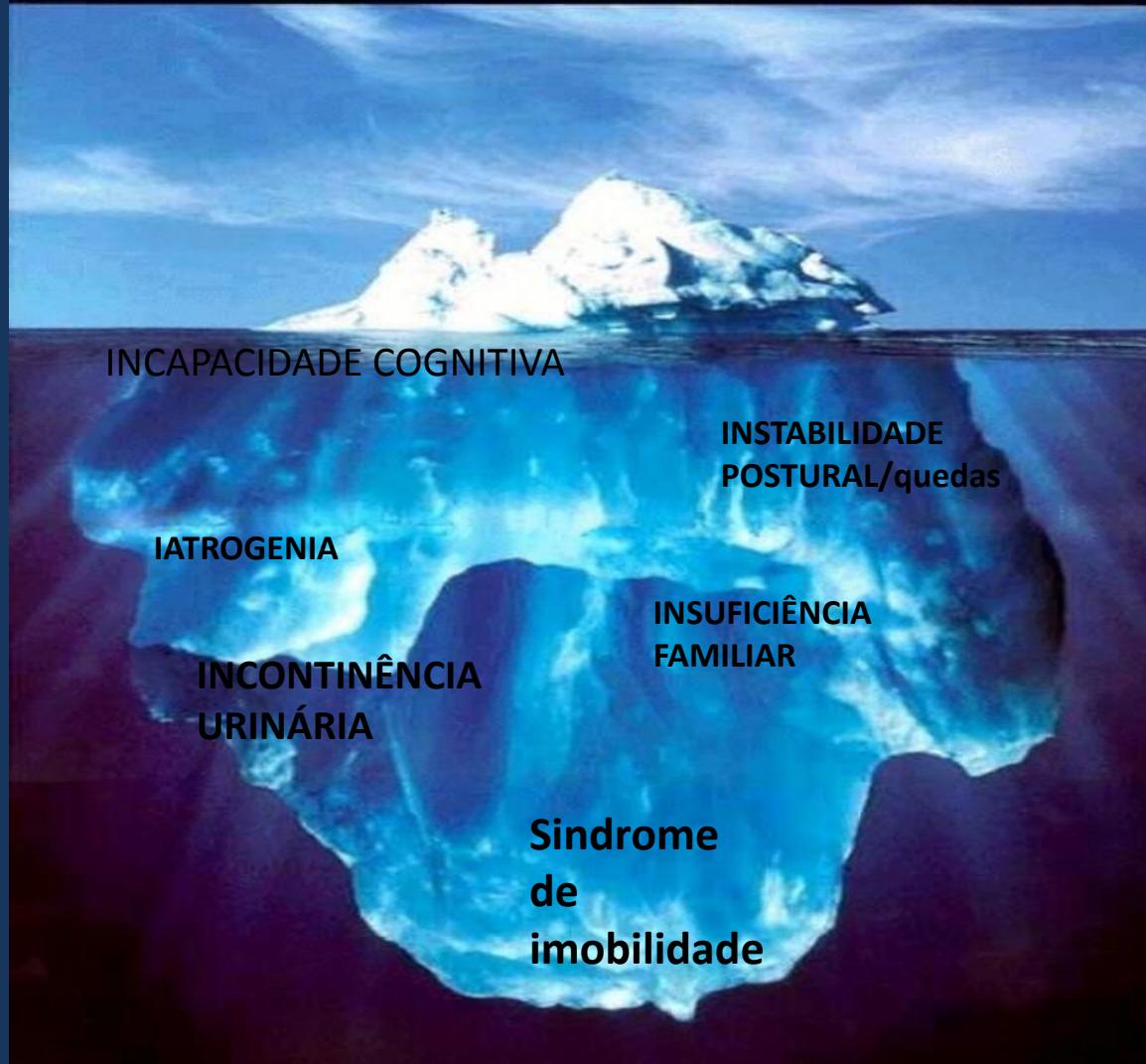
**“Mamãe está ficando muito  
esquecida”**

**“Dificuldade  
para dormir”**

**“Tontura”**







# Incapacidade cognitiva

- Constatação da perda de funcionalidade do indivíduo ou perda de AVDs
- As principais etiologias da incapacidade cognitiva são: – os 4 D's
- Demência, Depressão, Delirium e Doenças mentais
- Testes essenciais: MEEM, AVD e AIVD EGD    Teste do relógio e figuras

## *Delirium*

**Pacientes hospitalizados**  
**Redução aguda da capacidade intelectual**  
**Alteração da atenção e consciência**  
**Causas: medicações, abstinências, distúrbios eletrolíticos e infecções**

## *Demência*

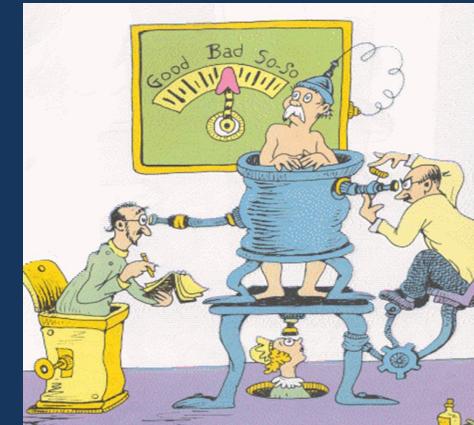
*Diminuição persistente e progressiva das funções cognitivas*  
*D Alzheimer/vascular, corpos de levy/ frontotemporal*  
*Início insidioso*  
*Não compromete a consciência*

## *Depressão*

*Diminuição da memória*  
*Humor deprimido*  
*Alteração do apetite e peso*  
*Alterações do sono e psicomotricidade*  
*Ideação suicida*

# latrogenia

- “Significa qualquer alteração patogênica provocada pela prática médica.”
- Iatrofarmacogenia: teste da sacola de remédios
- Internação hospitalar
- Iatrogenia da palavra
- Iatrogenia do silêncio
- Subdiagnóstico
- Cascata propedêutica
- Distanásia
- Intervenções fúteis ou sem comprovação científica
- Iatrogenia do excesso de intervenções reabilitadoras
- É a 5<sup>a</sup> causa de morte nos EUA e uma grande causa de internação hospitalar de idosos no Brasil.



# Incontinência urinária

- De estresse: esforço
- De urgência: urgência miccional
- Mista: urgência + esforço
- Por transbordamento: gotejamento ou perda contínua

**Causas:** *Delirium*, infecções, medicações, depressão , imobilidade, fecaloma, aumento da produção de urina.

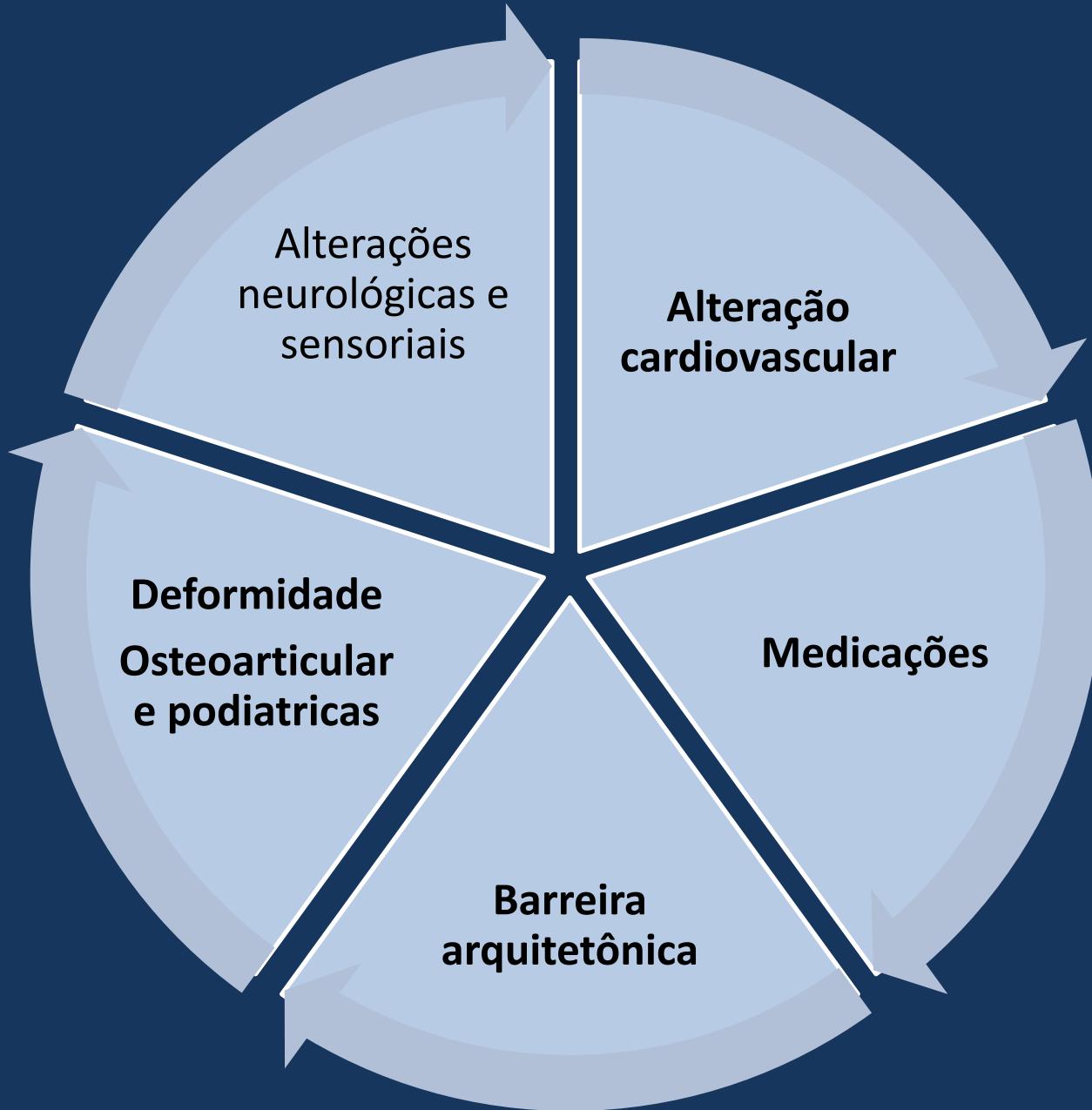
**Perda involuntária de urina e/ou fezes em quantidade e frequência necessária para ser um problema social ou de saúde**

**Consequências:** fissuras perineais, úlceras de decúbito, infecções urinárias de repetição, septicemia, quedas e depressão

**Maior causa de internação em asilos**

# Instabilidade postural/Q U E D A S

- Gera medo de novo episódio, isolamento, tristeza, piora no condicionamento físico
- Avaliação deve ser feita em 100% dos idosos:
- TUG – sendo menor que 20s normal; maior que 20s alterado
- TSL > 15 seg



# Imobilidade

- Todos os sistemas perdem suas funções
- Etapa final de várias doenças, principalmente, demências
- Complicações associadas: TEV, PNM, constipação intestinal, desidratação, desnutrição, retenção urinária, ITU repetição, dermatites, LPP, encurtamento e atrofia muscular, contraturas.

# Síndrome de imobilidade.

## Incapacidade de mudança postural

- Critérios maiores:
- déficit cognitivo médio a grave e
- múltiplas contraturas
- Critérios menores
- Sinais de sofrimento cutâneo ou Ulceras x pressão
- Disfagia leve a grave
- Dupla incontinência
- afasia

A cada semana de restrição completa → perda da força muscular (10-15 %) e risco de mortalidade (40 %)

# Incapacidade comunicativa

- As habilidades comunicativas compreendem quatro áreas distintas:
- linguagem, audição, motricidade oral e voz (fala)
- Causa isolamento e é fator de risco para outras síndromes

# Insuficiência familiar

- Avaliada pelo APGAR da família
- Família é a principal instituição cuidadora da pessoa idosa
- A organização social atual dificultou essa esfera: menos filhos, mulheres no mercado de trabalho, pouco tempo e muitos afazeres.

Você conhece os 5 M's da Geriatria?



<http://tiny.cc/meyarw>

- 5 Ms da geriatria, conceito criado pela médica americana Mary Tinetti, sobre os cinco aspectos essenciais que devem ser abordados no atendimento ao idoso
- **Mente** : Aspectos relacionados à depressão, demência, transtornos cognitivos, e ao delírium , estado confusional agudo,
- **Medicação** : medicações simultaneamente e aos efeitos colaterais desses medicamentos.
- **Mobilidade** Abrange perda de equilíbrio, dificuldades para locomoção, perigo de quedas.
- **Multicomplexidade**
- pacientes que possuem várias doenças ao mesmo tempo, como hipertensão, diabetes, problemas de artrose, demência, depressão, entre outros.
- **Mais importante**
- Quais os principais desejos e objetivos relacionados a saúde que um indivíduo, já na parte final de sua vida, quer manter ou concretizar.
- Os 5 Ms vêm ao encontro dos 5 Is da geriatria, conhecidos como as grandes síndromes mais comuns após os 60 anos: imobilidade, instabilidade postural,incontinência (urinária, fecal...), insuficiência cerebral e iatrogenia.

# Raciocínio Diagnóstico



FONTE: Moraes EN et. al. Avaliação Clínico-Funcional do Idoso. In: *Moraes EN (org.), Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Coopmed; 2008. Pp. 63-83



“Mais importante do que saber qual doença o paciente tem, é saber qual paciente tem a doença”

# Atenção

Se focar apenas em “curar doenças”, a chance de ajudar efetivamente os idosos é baixa

# Bibliografia

- 1-Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de atenção básica nº 19- Ministério da saúde. Brasília. DF. 2006.
- 2-Freitas, E .V.; Py, I.; Cançado, F. A.; Gorzoni, M. L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2017.
- 3-Guimaraes R.N.; Uliisses, Cunha, u.g.v. Sinais e sintomas em geriatria: -2. ed . São Paulo, Atheneu, 2014.
- 4-Moraes, E. N. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte, Coopmed, 2008.
- 5-Porto & Porto. Exame clínico., 7ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2013.
- 6-Sustovich, D . I. Semiologia do idoso para o clínico. São Paulo: Sarvier, 1999.