

Particularidades da observação clínica do idoso.

Carlos Eduardo Paiva,

Nereida K. C. Lima,

Eduardo Ferrioli,

Júlio César Moriguti.

1. Introdução

O idoso apresenta peculiaridades propedêuticas que precisam ser lembradas na anamnese geriátrica. Inicialmente, estabelecer um bom vínculo com o paciente, com o possível cuidador, o acompanhante, familiar ou quem quer que esteja envolvido com os seus cuidados é primordial para o bom desenvolvimento da entrevista, intervenções diagnósticas e tratamento. Isto acontece a partir do momento em que a família decide procurar atendimento. Acessibilidade e acolhimento são fundamentais e, por vezes, são negligenciados pelo médico e equipe de saúde.

Até a chegada ao consultório poderão existir barreiras que dificultarão o acesso e adesão ao tratamento, tais como: localização, horário, mobiliário, iluminação, burocracia e acolhimento.

O bom treinamento da equipe de recepção, da enfermagem e dos demais profissionais, além de algumas adaptações, fomentarão uma entrevista bem estruturada. O idoso precisa sentir que sua consulta proporcionará conforto e dignidade. A partir daí dar-se-á a anamnese propriamente dita.

O profissional envolvido com o atendimento ao idoso precisa ter conhecimento sobre a prevalência e particularidades das doenças nesta população. O idoso não é um adulto velho.

O envelhecimento é um processo biológico e não é apanágio de doença. Assim, atribuir doenças ao envelhecimento é um erro abominável. Este é um dos diferenciais do especialista na área: evitar

confundir envelhecimento com doença. E, apesar dos avanços tecnológicos, a anamnese detalhada e sutil continua oferecendo grandes elementos para diagnósticos precisos.

Um dos aspectos fundamentais para o entendimento do processo de envelhecimento é a perda de função. Ao longo da vida colecionamos perdas em todos os sistemas orgânicos, em uns mais, em outros menos. O sistema renal, por exemplo, exhibe marcante declínio ao longo dos anos, muitas vezes acelerado por alguma doença. Reconhecer o processo patológico, isolar seus agentes e interferir para mudar o ritmo de declínio é papel do profissional que estiver envolvido no atendimento do idoso.

Antes de começar o processo técnico propriamente dito, é necessário estabelecer um bom vínculo com o paciente. Não se pode esquecer que por menor escolaridade que possa ter o paciente, este idoso traz consigo uma longa experiência de vida. Com certeza já terá ouvido falar de doenças e médicos. Um bom princípio é o cumprimento despojado e sincero, chamando pelo nome, oferecendo sua mão como demonstração de apoio, evitando diminutivos que acabem infantilizando e fragilizando o doente.

Em seguida, o profissional deve identificar-se claramente: nome, categoria profissional (interno, residente, etc.) para o paciente e para seus acompanhantes. A opção sobre se e qual acompanhante auxiliará o paciente na consulta deverá ser do próprio paciente. Se o mesmo não tiver condições para tal a escolha deverá recair sobre aquele que realmente esteja envolvido com o cuidado do mesmo. É

imprescindível assegurar a confiabilidade entre o médico e seu paciente.

2. Anamnese

A entrevista deve ser dirigida ao paciente por meio de fala clara, com pronúncia vocal bem definida e vocábulos bem entonados. Deve-se permitir ao doente que vislumbre a expressão facial e movimentação labial do médico. É sempre bom perguntar se o mesmo está ouvindo bem, assegurando que dificuldades de comunicação não serão empecilhos ao bom desenvolvimento da entrevista. Somente se não houver condições clínicas é que o direcionamento recairá para o acompanhante cuidador.

O informante e suas colocações são fundamentais para o entendimento do “*modus vivendi*” do paciente. Ele será o interlocutor e o promotor de ações determinadas pelo médico, sendo necessário documentar se este indivíduo é a pessoa envolvida com os cuidados ao paciente. Caso contrário colocar-se-á em risco toda a programação do tratamento. Em muitas ocasiões este papel é desempenhado por um familiar. A anotação do grau de envolvimento pode ser mais importante que a de parentesco, por isso este indivíduo será denominado acompanhante-cuidador. Para os pacientes institucionalizados deve-se anotar o nome e categoria profissional daquele que foi responsável pelo acompanhamento e informações prestadas.

- ***Dados de identificação:*** Frequentemente são encontradas identificações incompletas, fato que contribui para mascarar sinais e sintomas. Nome completo, idade, gênero, situação conjugal, profissão, data, horário, informante e sua respectiva confiabilidade são elementos corriqueiros das anamneses. No entanto, na avaliação do idoso, é preciso refinar alguns destes elementos. Exemplo muito comum é a profissão. Encontra-se frequentemente o termo “aposentado”. É importante saber qual a profissão que o indivíduo exerceu na maior parte de sua vida, tentando correlacioná-la com possíveis mecanismos desencadeadores de doença. Outro aspecto é o da situação conjugal, pois muitos podem ter o cônjuge principal falecido e a situação no momento da entrevista ser outra, principalmente em relação aos idosos do sexo masculino. Data e horário do atendimento são fundamentais. Nas situações de urgência e emergência são fatores determinantes na qualificação do atendimento prestado.
- ***Queixa principal e duração:*** Em muitas ocasiões este tópico simplesmente não existe, especialmente nos casos de doenças crônicas. Assim, é incomum que o idoso identifique um distúrbio por um sinal ou sintoma deflagrador. Na maioria das vezes este apresenta queixas múltiplas e mal definidas e um elenco de sintomas não obrigatoriamente definirá uma doença específica. Queixas variadas e indefinidas podem referir-se a várias doenças. Somando-se às dificuldades, existirão os embaraços de possíveis

déficits cognitivos e de funções sensitivo-motoras. O clínico precisará de envolvimento, tempo e treinamento para discernir tudo isto.

- ***História da moléstia atual:*** A coleta da História da Moléstia Atual também nem sempre é possível. Tradicionalmente, espera-se encontrar um corolário de sinais e sintomas que desenhem o perfil de determinada doença. No entanto, em se tratando de idosos, este tipo de expectativa nem sempre é satisfeita. Com o aumento da expectativa de vida de nossa população, a incidência de doenças crônicas cresce proporcionalmente. A tentativa de diagnosticar novamente doenças crônicas em diferentes fases de evolução pode constituir emprego desnecessário de tempo, a não ser que haja elementos que indiquem a presença de erro diagnóstico anterior.

É sempre importantes oferecer apoio ao paciente e uma boa maneira é posicionar-se o mais próximo dele, mostrando que o médico e a equipe estão ali para ajudá-lo no entendimento, tratamento e manutenção da funcionalidade diante de sua doença.

“Como posso ajudá-lo?” É uma frase com muito bom resultado nestas situações e que ajuda a definir em que ponto a doença foi capaz de interferir na função, onde o paciente perdeu a capacidade de desempenhar as atividades anteriores à piora do quadro.

A seguir serão discutidos alguns sinais e sintomas que aparecem com frequência no atendimento ao idoso. Alguns sintomas são comuns na história geriátrica e apesar de genéricos,

podem constituir pistas importantes para o diagnóstico, desde que bem caracterizados. Serão citados aqui os mais comuns, bem como suas particularidades:

- ***Perda de peso:*** Um fenômeno da senescência é a perda de peso. Sabemos que o indivíduo perde massa magra e ganha massa gordurosa até os 50 a 60 anos. Após, existe tendência à redução ponderal à custa de diminuição de ambas. Diminuições não intencionais do peso habitual maiores que 5% em seis meses ou 10% em um ano são consideradas clinicamente significativas e devem ser investigadas.
- ***Dispnéia:*** Queixa muito comum e mal caracterizada. A sua etiologia compreende amplo espectro nosológico que vai de doença psíquica à doença cardíaca estabelecida. O fundamental é avaliar se o sintoma de incômodo respiratório é compatível com o esforço executado, correlacionando-o com a velocidade de instalação da quebra da capacidade funcional, fato que pode ser determinado no colóquio simples e despretensioso sobre as atividades diárias do paciente.
- ***Cansaço ou fadiga:*** É um dos sintomas mais negligenciados, tanto pelo médico como pelo paciente. Culturalmente, há a presunção que o idoso é um indivíduo fatigado pela vida, mas a sensação de fadiga em níveis importantes não é necessariamente, nem habitualmente associada ao envelhecimento. É claro que algum grau de limitação vinculado às modificações fisiológicas do envelhecimento pode ser percebido pela pessoa, porém isto

ocorre de forma gradual e progressiva, acompanhando o lento declínio funcional. Se a fadiga progredir perceptivelmente, atingindo níveis que prejudiquem ou interrompam as atividades, incluindo as mais prazerosas, é preciso grande atenção. “Sinto-me muito cansado”; “Acordo sem vontade de...”; “Sinto-me como se tivesse trabalhado o dia inteiro”, são algumas frases comuns. A fadiga pode estar associada à depressão, mas as causas deste sintoma são, freqüentemente, de origem orgânica: infecções, distúrbios metabólicos, auto-ímmunes, etc.

- **Fraqueza:** É diferente de fadiga ou cansaço. Está relacionada ao comprometimento da força muscular. Ela pode ser generalizada ou compreender grupamentos musculares específicos, quando é denominada de acordo com os grupamentos envolvidos (monoparesia, hemiparesia, tetraparesia). Contrariamente à fadiga / cansaço, suas causas costumam ser neurogênicas.
- **Tontura ou tonteira:** É outro sintoma que exige cuidadosa caracterização pelo avaliador, pois é essencialmente subjetiva. Corresponde a uma sensação mal definida de desequilíbrio, sem a presença do aspecto rotatório e, muitas vezes, sem nenhuma evidência objetiva. É confundida, freqüentemente, com vertigem e vice-versa.
- **Vertigem:** É outro sintoma com grande componente de subjetividade, no entanto, necessariamente estará presente o aspecto rotatório. O doente relata que os objetos ao redor, ou ele

mesmo, estão girando. Esta queixa está, frequentemente, associada ao comprometimento vestibular.

- **Zumbido:** Este sintoma é muito comum e é definido como uma sensação sonora não associada a estímulo sonoro externo. Pode ser uni ou bilateral, pode acompanhar perda auditiva, pode ter tom musical ou não. Quando associado a estalos pode ter relação com a articulação têmporo-mandibular. Quando associado à sensação de pulsatilidade, relação com os vasos do pescoço. Quando associado com vertigem e perda auditiva sugere Doença de Menière.
- **Queda:** Esta queixa deve ser cuidadosamente avaliada, constituindo uma grande preocupação para aqueles que prestam atendimento ao idoso. Depende do equilíbrio entre vários sistemas: vestibular, neural, proprioceptivo, visual, auditivo e ósteo-muscular, além da integração de todos. O idoso tem o seu centro de gravidade alterado. A projeção anterior do tronco confere aspecto de pirâmide invertida: base estreita com centro de gravidade alto. As adaptações compensatórias são mais lentas e em muitas vezes ineficazes.
- **Síncope:** Definida como perda súbita da consciência devido à falta temporária de suprimento de sangue para o sistema neural. Às vezes pode ser confundida com lipotímia, incorrendo-se em gastos desnecessários com exames complementares de baixa e alta complexidade, invasivos ou não. O corte abrupto de suprimento sanguíneo está relacionado, na maior parte dos

casos, ao sistema cardiovascular, daí a preocupação em se caracterizar cuidadosamente o sintoma e realizar avaliação minuciosa deste sistema quando a síncope ocorre.

- **Cefaléia:** Sua freqüência é alta porque pode fazer parte da sintomatologia de várias doenças. No entanto, sua caracterização adequada é necessária devido à possibilidade diagnóstica de doenças específicas desta faixa etária, como, por exemplo, a arterite temporal. Idosos com história de cefaléia de início recente necessitam obrigatoriamente de investigação etiológica.
- **Interrogatório sobre os diversos aparelhos:** Este tópico da anamnese oferece uma boa oportunidade para o clínico aprofundar a investigação de detalhes perdidos no início da entrevista. Muitas vezes, médico e/ou paciente esquecem-se de abordar aspectos decisivos para o diagnóstico. O idoso, pela sua auto-percepção de saúde diferenciada, costuma mascarar particularmente seus problemas, subestimando-os, atribuindo-os a causas externas, manipulando queixas, etc., o que pode ser piorado pela associação com depressão. Os detalhes somados neste tópico podem colaborar sobremaneira para a realização de diagnósticos pertinentes e para o conhecimento adequado do doente. Particularidades de cada sistema serão comentadas no tópico sobre exame físico.
- **Antecedentes pessoais:** Aqui há a oportunidade de conhecer a intimidade do paciente. A vida do idoso é revestida de muitos detalhes que se somaram ao longo do tempo. Conhecê-los é uma

forma de ganhar empatia, inseri-los no contexto saúde-doença e uma grande chance para adequar o tratamento ao perfil do paciente.

- ***História social:*** O emprego, citado na identificação, deve ser detalhado aqui. Como mencionado deve referir-se àquele praticado durante a maior parte da vida, não se deixando de considerar ocupações transitórias, porém relevantes. Em diversas ocasiões, será preciso descrição mais detalhada das atividades desenvolvidas. Em diferentes momentos podem ter havido diferentes formas de agressão ocupacional, sendo exemplo os trabalhadores catalogados como de serviços gerais ou braçais que desempenham atividades que exigem esforço: qual tipo, em que intensidade, em que frequência? Neste campo deve ser abordada a questão relativa ao relacionamento social, escolaridade e logradouros de residência. Em especial, a escolaridade é peça fundamental na avaliação cognitiva por meio de escalas, como por exemplo, o mini-exame do estado mental.
- ***Histórico de saúde:*** Este é um item que jamais deve ser relevado. Ele permite o entendimento de como o processo de doença se instalou ao longo dos anos. As dificuldades mais comuns são: cognitivas, educacionais e sócio-econômicas. Quando há importante comprometimento cognitivo é preciso recorrer ao cuidador-acompanhante, receituários, exames anteriores, fichas de encaminhamentos, prontuários médicos anteriores, etc. Em muitas ocasiões o contato entre profissionais diminui, sobremaneira, a distância até o diagnóstico final.

Dificuldades de comunicação relacionadas a questões educacionais podem ser contornadas com adequação do diálogo entre as partes, evitando palavras técnicas, recorrendo às pessoas do mesmo meio social e cultural e inserindo-se no contexto do paciente. Em muitos locais o acesso aos serviços de saúde é precário, dificultando ao indivíduo o conhecimento do estado de sua própria saúde. Uma forma de contornar é fazer uma análise retrospectiva, juntamente com o paciente, de episódios em que houve piora no estado de saúde, relacionando-os, temporalmente, com fatos marcantes do passado (aniversários, grandes eventos, fatos políticos, etc). Com relação às idosas é preciso conhecer sua história ginecológica e obstétrica em detalhes: curso das gravidezes, partos, abortos, curetagens, presença de doenças sexualmente transmissíveis, etc.

- ***Histórico familiar:*** É importante indagar, inicialmente, se o paciente é ou foi casado e se tiveram filhos. Um breve relato sobre o passado conjugal pode oferecer elementos importantes para a estruturação diagnóstica. A partir daí, pode-se suscitar a questão a respeito do estado de saúde e causa de morte, quando esta ocorreu, dos envolvidos. Na atualidade, principalmente diante de idosos com mais de setenta anos, é difícil o questionamento sobre doenças de caráter hereditário. Em muitas ocasiões torna-se obrigatório inferir com base nas gerações posteriores, tais como filhos e netos.

- **Hábitos:** Como na anamnese habitual, deve-se questionar sobre o uso de bebidas alcoólicas, fumo, drogas ilícitas e medicamentos. Perdas ao longo da vida, aproximação da morte e solidão são alguns dos aspectos que tendem a induzir o idoso ao consumo de drogas, fato que pode estar exacerbado com a presença de depressão. É bom lembrar que idosos também praticam sexo. Neste momento o médico deve abordar o assunto. O profissional já deve estar suficientemente familiarizado ao paciente e vice-versa. De tal forma que se sinta a vontade para entrar no mérito da questão. Perguntas diretas podem constranger dados os princípios de educação de outrora. Formas brandas de abordagem costumam ajudar. Como por exemplo: “como vai a libido?”, “ainda sente atração?” ou “ainda namora?”.

3. Exame físico geral

É necessário espaço adequado. É bom lembrar que podem existir problemas de locomoção, tais como: cadeiras de roda, macas, andadores, apoios, dificuldades de marcha e de mobilidade.

- **Ectoscopia:**

- **Fácies:** Alguns tipos são mais freqüentes no idoso. A do deprimido, mais freqüente com as maiores idades, é caracterizada pelo olhares fixos e desatenciosos, introspectivos e de expressão triste. A parkinsoniana é caracterizada pela

inexpressividade, falta de mímica e pálpebras imóveis. A da paralisia facial, outra doença prevalente neste grupo etário, se caracteriza pela assimetria com desvio da comissura labial e aumento da fenda palpebral.

- ***Estado de hidratação:*** É de difícil avaliação. O simples pinçamento digital da pele não é adequado, devido às alterações de sua elasticidade causadas pelo envelhecimento e pela exposição ao sol e outros fatores agressores. Em relação à mucosa oral, pode haver erro em função da diminuição de secreção salivar e em relação à ocular, é comum a perda do brilho habitual do filme lacrimal. Desta forma, o médico deve estar ciente que o idoso pode mascarar sinais de alteração de hidratação, que dentro do quadro geral é um problema potencialmente grave e muito comum nesta população.
- ***Estado nutricional:*** Como já salientado, é um importante marcador de doença. O peso, a altura, o índice de massa corporal (IMC), medidas de dobra cutânea, circunferência do braço são valores que guiam o diagnóstico nutricional. No entanto, a impressão global do médico pode acrescentar elementos importantes, principalmente em relação a deficiências vitamínicas. Escalas para avaliação do estado nutricional como a Mini Avaliação Nutricional têm a sua aplicação adequada nesta faixa etária, especialmente, para avaliação do risco nutricional.

- ***Sinais vitais:***

- **Temperatura:** É um sinal importante e muito negligenciado. Os níveis de temperatura são semelhantes aos dos jovens, porém há processos que cursariam rapidamente com elevações de temperatura no jovem e podem não ocorrer da mesma forma no idoso. Assim, elevações menores da temperatura podem ter importante significado clínico. Há que se lembrar que pacientes emagrecidos podem ter dificuldades na aproximação do braço junto ao tórax, desta forma o termômetro não fará a leitura correta. Frequentemente, é necessário deixar o termômetro por cinco minutos no local.
- **Peso:** Deve ser verificado em qualquer situação de avaliação em saúde e o acompanhamento deste sinal é fundamental para o seguimento do idoso. O peso pode ser o primeiro sinal de várias doenças em que o diagnóstico precoce é fator determinante na sobrevida.
- **Frequência respiratória:** É um sinal normalmente negligenciado no adulto e geralmente acompanhado de corolário de sinais respiratórios concomitantes. No idoso, muitas vezes as manifestações de doenças pulmonares são parcas e discretas, o que faz com que a frequência respiratória se revista de grande utilidade. O seu aumento pode ser a única manifestação de um processo pneumônico e de outras doenças pulmonares.
- **Frequência cardíaca:** Decresce com o envelhecimento, embora se mantenha na faixa normal. Situações clínicas que causariam

incrementos na frequência cardíaca podem não causá-lo no idoso, como as síndromes infecciosas.

- **Altura:** Também sofre redução ao longo da vida. A força da gravidade acentua as curvaturas naturais da coluna, tendendo a aproximar o rebordo costal da crista ilíaca. A isto, soma-se o desgaste dos componentes cartilagosos e dos discos intervertebrais com conseqüente diminuição do espaço articular. Há a diminuição da altura na proporção de um centímetro por década, após a quarta década de vida.
- **Pressão arterial:** É um item que, freqüentemente, gera condição de má prática médica, devido à alta prevalência da hipertensão arterial e desconhecimento das particularidades da medida da pressão arterial, do diagnóstico e tratamento no idoso. Três condições são comuns: a presença de hiato auscultatório; a desproporção entre pressão sistólica e diastólica e a hipotensão ortostática. Esta última é, freqüentemente, associada a tratamentos inadequados. A medida da pressão arterial nas diferentes posições, obedecendo ao intervalo adequado entre elas, é a maneira mais adequada para contornar o problema. Quanto ao hiato auscultatório é fundamental associar o método palpatório com o auscultatório na avaliação, para evitar a interpretação de falsa normalidade. Neste caso, pode-se subestimar a pressão arterial sistólica causando prejuízos pela falta de intervenção médica adequada no processo.

- **Coloração de pele e mucosas:** É mais difícil avaliar a coloração da pele e mucosas no indivíduo idoso, pois pode haver redução da vascularização periférica, e, no sentido oposto, maior transparência da pele, aumentando a visibilidade dos vasos, induzindo erros de interpretação.
- **Pele:** É preciso conhecer as características da pele envelhecida. As rugas são os mais populares marcadores do envelhecimento, sendo comumente denominadas “rugos de expressão”. São decorrentes da alteração nas fibras elásticas e colágenas da derme associadas à movimentação repetida por músculos da mímica facial. A espessura da pele também diminui e podemos visualizar os vasos por transparência, dependendo da cor da mesma. É importante ressaltar que este fato facilita a absorção de medicamentos tópicos, em especial, os corticóides. A pele torna-se flácida formando grandes pregas, principalmente em braços, coxas e abdome. Há perda de glândulas sebáceas e sudoríparas que conferem aspecto ressecado. A redução do tecido subcutâneo deixa os pequenos vasos mais expostos. Mínimos traumas podem rompê-los, caracterizando as denominadas púrpuras senis (Figura 23.1).

Local Aproximado da Figura 23.1

Os pêlos se rarefazem, afinam e podem se esbranquiçar. Os do nariz, orelha e sobrancelha, ao contrário dos demais, crescem em maior proporção. Os cabelos, além das características acima,

sofrem maior impacto na quantidade e velocidade de crescimento, alteração que pode ser mais intensa em homens (alopecia androgenética). As unhas perdem o brilho, crescem mais lentamente, são mais quebradiças e podem apresentar estrias longitudinais.

O prurido senil é uma alteração que merece atenção. É queixa comum e pode ser consequência das alterações anatômicas e funcionais da pele como dito anteriormente. No entanto, devem ser investigadas doenças de natureza hepática, hematológica (anemias), endocrinológicas (tireóide, diabete melito), metabólicas (gota), exógenas (produtos tóxicos, alergenicos, drogas) e até neoplásicas.

O foto-envelhecimento é um processo acelerado de alterações na pele secundário à exposição solar em demasia. Costuma ser mais evidente em regiões não cobertas pelas vestimentas. A pele apresenta-se mais espessada, com coloração amarelo-acastanhada, com maior número de rugas e pregas, adquirindo aspecto em losangos, razão pela qual é denominada “*cutis romboidal*”. Os lentigos senis são comuns, apresentando-se como lesões maculares, hiperpigmentadas, castanho-claras, localizadas preferencialmente no dorso das mãos (Figura 23.2), antebraço e face.

Local Aproximado da Figura 23.2

Ceratoses actínicas são mais ásperas, podendo coalescer, apresentar-se em placas, sangrantes à remoção e são consideradas lesões pré-malignas. O carcinoma basocelular é a mais freqüente das neoplasias malignas e compreende 75% das neoplasias da pele. Sua predileção é por indivíduos de pele clara e acima dos 55 anos de idade. Aparece em indivíduos com história de ampla exposição sem proteção ao sol. Podem aparecer inicialmente como uma pápula ou nódulo róseo-perláceo. Posteriormente, se ulcera ficando recoberto por crosta que sangra ao ser retirada. O espinocelular, mais raro, costuma aparecer em lesões cicatriciais pré-existentes (leucoplasias, cicatrizes simples, queimaduras) nas regiões da face, orelhas, dorso das mãos e genitais. Inicialmente é uma lesão verrucosa que se torna espessa, endurecida, evoluindo para nódulo de ulceração central.

A *poiquilodermia* é outro fenômeno comum, principalmente em mulheres. Trata-se da associação de hiper e hipopigmentação com telangectasias. Costuma estar localizada nas regiões laterais do pescoço. A dermatite seborréica é uma doença crônica que aparece em surtos. No idoso devemos lembrar sua associação com doença de Parkinson e com o uso de certas drogas, tais como cimetidina, beta-bloqueadores e anticonvulsivantes.

4. Exame físico segmentar

- **Cabeça:** Os cabelos tornam-se rarefeitos e há propensão ao desenvolvimento de calvície, aumentando a possibilidade de lesões solares na pele do couro cabeludo subjacente. A canície ou branqueamento dos cabelos é outro sinal presente que costuma aparecer já a partir dos quarenta anos. A flexibilidade dos fios também deve ser avaliada. Os quebradiços e sem brilho podem denunciar a possibilidade de desnutrição.

A região temporal é normalmente preenchida por um coxim gorduroso. Este pode estar ausente ou muito diminuído, apontando para a possível presença de doença consumptiva, assim como a gordura retro-orbitária, que se atrofia, evidenciando o globo ocular e a órbita óssea. O componente elástico e a musculatura das pálpebras se afrouxam, empurrando as aponeuroses palpebrais, criando protuberâncias moles nas pálpebras inferiores e terço medial da superior. Caracterizando um achado comum que é a ptose palpebral (Figura 23.3). A pálpebra inferior costuma se afastar do globo podendo acarretar entrópio ou ectrópio. Este fator pode ser causa de uma queixa freqüente entre os idosos, a xeroftalmia.

Local Aproximado da Figura 23.3

O olho é um órgão que sofre mudanças substanciais com a idade. Já a partir dos quarenta anos dá-se o processo de presbiopia, o que contribui em grande parte para a dificuldade que o idoso tem de

focalizar objetos próximos. O processo de visão também se modifica. Há uma redução de cones e bastonetes, fazendo com que o idoso distinga melhores as cores básicas do que os tons pastéis. A íris pode apresentar, em seu limbo, uns halos esbranquiçados parcial ou totais, que é uma lipoidose sem conotação patológica, o halo senil (Figura 23.4). O cristalino pode tornar-se esbranquiçado, e, posteriormente, leitoso e opaco, causando diminuição progressiva da visão entre os idosos. Fenômeno denominado catarata (Figura 23.5). É importante utilizar luz de forte intensidade para fazer este diagnóstico. As conjuntivas apresentam-se com menos brilho que o habitual e podem confundir o estado de hidratação. O exame de fundo de olho apresenta artérias estreitadas e retilíneas. O exame de campo visual simples pode ser aplicado para detectar perdas pequenas sem a devida percepção do idoso, o que pode ocorrer em pequenos acidentes vasculares cerebrais.

Local Aproximado da Figura 23.4
Local Aproximado da Figura 23.5

O nariz se torna mais evidente. O componente cartilaginoso e redistribuição da gordura facial contribuem para esta mudança. Pode haver mais epistaxes, principalmente devido a alterações pressóricas, discrasias sanguíneas e medicamentos.

O arcabouço cartilaginoso dos ouvidos se torna mais evidente. A audição é acompanhada do fenômeno de presbiacusia, situação que

os sons agudos são menos percebidos. Isto pode ocasionar dificuldade auditiva, principalmente em ambientes ruidosos, fato que não deve ser confundido com surdez. Pode haver perda de acuidade auditiva no geronte associada a este fenômeno. Rolhas de cerúmen podem ocorrer e levar a falsos diagnósticos de perda auditiva. Tumores também são mais prevalentes. Os testes de Weber e Rinne podem ser úteis nestas situações.

O exame da cavidade oral é de suma importância. A presença de saliva não é parâmetro de hidratação visto que a quantidade é diminuída. Os dentes muitas vezes foram perdidos, desgastados e há propensão para perdas devido a infecções. A observação atenta da mucosa oral é parte importante do exame. Sua coloração é fundamental para o diagnóstico de anemia. A presença de úlceras pode denunciar doenças auto-imunes, bem como lesões neoplásicas e má-adaptação de próteses dentárias. A presença de sangramento gengival pode ser causada por um amplo espectro de doenças: de escovação mais agressiva a lesões hematológicas neoplásicas. A presença de cianose, devido à evidência de vasos nessa região, traduz geralmente a presença de hipóxia. Podem-se evidenciar alterações nutricionais como a deficiência de vitamina B-12 e ácido fólico por meio da diminuição das papilas linguais. As tonsilas palatinas podem ser pequenas ou ausentes.

- **Pescoço:** É um segmento do organismo pouco valorizado e de muita importância. A tireóide e a vasculatura são os alvos mais

pesquisados. No entanto, mobilidade, nódulos linfáticos e glândulas salivares não devem ser esquecidas.

Como o sistema linfático pode evidenciar a presença de tumores, aliado à quantidade e superficialidade dos gânglios do pescoço, é importante palpá-los sistematicamente. As cadeias cervicais anteriores e posteriores são de fácil palpação e acesso, são sítios de drenagem de toda a região cefálica e cervical, além de estarem próximas ao ducto torácico.

As articulações cervicais podem ser comprometidas por osteoartrose, bem como por doenças auto-imunes, tal qual a artrite reumatóide. A mobilização passiva e ativa e a presença de dor devem ser pesquisadas.

A palpação da glândula tireóide é essencial. A frequência de distúrbios tireoidianos é alta no idoso. A avaliação vascular também oferece elementos importantes. Os pulsos venosos jugular, observados com o paciente em decúbito dorsal e cabeceira a 90°, pode oferecer elementos importantes em relação à avaliação da pré-carga cardíaca e à dinâmica do lado direito do coração. A palpação do pulso carotídeo deve ser procedida com cuidado e precedida da ausculta. A incidência de ruído sistólico cervical em idosos é de cerca de um em dez. Esta região é sítio freqüente de comprometimento aterosclerótico. O bulbo, em particular, pode apresentar avançado processo aterosclerótico sem gerar sopros.

- ***Tórax:***

- **Sistema respiratório:** Inicialmente a inspeção torácica denota as condições da caixa torácica. Deformidades da coluna, ação da gravidade sobre as curvaturas naturais, calcificações articulares e fibroses diminuem a expansibilidade respiratória. Habitualmente há aumento do diâmetro ântero-posterior. Assimetrias podem estar associadas aos processos patológicos. Devido às alterações encontradas, o idoso utiliza mais os músculos acessórios na sua respiração.

A avaliação do murmúrio vesicular no idoso precisa ser realizada com cuidado. Como o movimento de expansibilidade está comprometido não se podem esperar grandes volumes que produzam bons ruídos à ausculta. É adequado pedir a colaboração e/ou ensinar o paciente a inspirar e expirar profundamente para uma correta avaliação. Em casos que não for possível a colaboração, é importante ter senso crítico para analisar os achados. Lembrar que podem existir “estertorações pulmonares sem pneumonia e pneumonias sem estertorações”.

- **Sistema cardiovascular:** As alterações pulmonares descritas anteriormente podem dificultar o exame do coração. A inspeção inicial é uma boa forma de evitar confusões semiológicas. Comumente há interposição do pulmão sobre a área cardíaca dificultando a ausculta (hipofonese), palpação de bulhas e *ictus cordis*. Este último também pode estar desviado em função das alterações anatômicas da caixa torácica.

O ritmo cardíaco costuma apresentar variações mais freqüentes. Há maior tendência a exibir arritmias que nem sempre precisam de intervenção. O desdobramento da segunda bulha cardíaca pode ser de difícil ausculta, pois o componente pulmonar é menos audível. A terceira bulha é sempre patológica. A quarta apresenta freqüência maior em idosos aparentemente saudáveis. Porém, com grande freqüência, também está associada a processos patológicos.

É comum a presença de sopros em idosos. Seu achado deve ser valorizado e investigado. Os mais comuns são os aórticos e mitrais. O envelhecimento, às vezes acelerado pelo processo aterosclerótico, espessa, calcifica e dificulta a abertura das cúspides aórticas causando turbulência ao fluxo em direção à uma aorta possivelmente dilatada. Isto produz ruídos sistólicos, rudes e ejetivos que costumam ser ouvido na base cardíaca em direção ao pescoço. Na mitral o processo não é diferente, causando dificuldade de coaptação de seus folhetos. A expressão acústica é de ruídos sistólicos, suaves, em região precordial, com irradiação lateral.

- **Abdome:** O examinador deve proceder ao exame com o paciente deitado em decúbito dorsal. Quanto à área de exame, um detalhe se faz presente: a aproximação do gradil costal da pelve, diminuindo o espaço disponível. Quanto à musculatura, normalmente é flácida e pode-se ter diástase dos músculos retos, permitindo bom acesso. Porém, em alguns casos, principalmente nos pacientes com

osteoartrite de coluna, a musculatura pode ficar tensa no decúbito dorsal. É adequado oferecer apoios de cabeça (travesseiros), em associação ou não com a flexão das pernas, para permitir o aprofundamento do exame da cavidade abdominal. Pode-se verificar a presença de hérnias abdominais ou inguinais, devendo estas ser avaliadas por meio das manobras usuais e, quando presentes, o paciente encaminhado ao cirurgião para conduta específica. A palpação será o método que melhor fornecerá subsídios ao examinador, respeitando-se os níveis e as peculiaridades de cada órgão. A palpação superficial, em todos os quadrantes, em sentido horário, será de grande valia para a detecção de massas e avaliação do tônus muscular. Quanto à profunda, haverá detalhes específicos em relação a cada órgão.

- **Fígado:** Frequentemente será palpável, devido ao rebaixamento do diafragma, encontrando-se um a dois centímetros abaixo do rebordo costal. Quando doenças estão presentes, os processos congestivos, infecciosos e neoplásicos são os mais comumente associados a hepatomegalia, guardando as peculiaridades comuns ao adulto.
- **Vesícula biliar:** Ela normalmente não é palpada. Atenção deve ser dada aos processos infecciosos da mesma: sua caracterização deve ocorrer pela dor presente no ponto cístico (Sinal de Murphy) e não propriamente pela sua palpação.
- **Baço:** O seu exame é sempre delicado e, no idoso, não é diferente. É preciso iniciar pela percussão da loja esplênica com

atenção, pois seu crescimento pode ocorrer no sentido transversal. Deve-se percutir a região a partir da bolha gástrica em direção à área esplênica e no sentido longitudinal, perfazendo os dois eixos, finalizando pela palpação. Aumentos serão sempre patológicos.

- **Rins:** O sinal de maior valor para o exame dos será a percussão dolorosa (Sinal de Giordano).
- **Intestino grosso:** Necessita ser avaliado em todo trajeto que seja possível palpá-lo: ascendente e descendente. A incidência de neoplasmas nesta região é freqüente e seu tratamento curativo depende de detecção precoce.
- **Aorta:** Também merece uma palpação cuidadosa, devido à maior incidência de aneurismas. A caracterização de *linfadenopatia peri-aórtica* é difícil, mas pode estar acessível ao examinador experiente, fato que não deve desencorajar o exame. Se houver acesso adequado, o simples deslizar das mãos sobre a aorta pode oferecer elementos para tal. Esta condição pode alertar quanto aos processos neoplásicos intra-abdominais.
- **Ascite e irritação peritoneal:** A detecção de ascite será melhor por meio do método da macicez móvel, mais sensível aos pequenos volumes. Como nas outras faixas etárias, os sinais de irritação peritoneal incluem a dor como elemento fundamental. Porém, não se deve confiar na sua intensidade. O abdome agudo no idoso não deve ter sua gravidade estimada em função da intensidade da dor, pois esta é muito variável e costuma ter um

alto limiar, induzindo à subestimação do quadro. Em muitas ocasiões a demora de intervenção pode ser decisiva, principalmente em casos de isquemia mesentérica.

- ***Pelve e genitais:*** É um segmento que costuma não ser examinado, seja por pudor do médico ou do paciente. Como o atendimento ao idoso deve ser integral, tal conduta não se aplica. Se houver urologistas e ginecologistas disponíveis, o encaminhamento para avaliação deverá ser feito. Caso contrário, a explicação adequada acerca dos motivos permitirá o consentimento e cooperação.

O aparelho genital masculino sofre poucas alterações anatômicas ao longo da vida. Há ligeira hipotrofia testicular e hipertrofia prostática. Esta última é razão para que o órgão seja examinado e acompanhado.

O aparelho genital feminino é sede freqüente de neoplasias. O exame periódico deve ser sempre encorajado pelo médico. Leucoplasia de vulva, leucorréia e inflamações variadas não devem passar despercebidas.

Apesar de estarem anatomicamente no tórax, as mamas compõem o sistema genital feminino e desta forma serão descritas aqui. Porém, devem ser avaliadas durante o exame do tórax. Deve-se avaliá-las com a paciente em decúbito dorsal, estando os braços levantados de modo que as mãos repousem sob a nuca. Na inspeção deve-se avaliar a simetria dos mamilos, auréolas e tecido mamário. Na idosa há redução de volume,

liposubstituição e flacidez. A pele também deve ser vista com atenção, pois alterações na textura, tais como a hiperemia e o edema, podem denunciar doenças com um processo inflamatório subjacente de etiologia a esclarecer. A rede venosa mais evidente pode denunciar um fluxo aumentado na região comprometida.

A palpação deve ser realizada com a polpa dos dedos, respeitando-se a divisão em quadrantes para que não fiquem áreas sem avaliação. Qualquer nodulação deve ser registrada com suas características e posteriormente avaliada: tamanho, forma, adesão a planos profundos, acompanhadas ou não de inflamação, acompanhadas de acometimento satélite ou não. Lembrar que a drenagem venosa da metade interna é realizada para a veia mamária interna e a lateral, para a axila. Finalizando, a expressão da auréola é importante para pesquisar lesões neoplásicas não percebidas e para a avaliação endócrina (prolactinomas, por exemplo).

- **Sistema neural:** Um exame neurológico básico é de competência clínica. Deve-se ser suficientemente capaz de distinguir as alterações que ultrapassem os limites do envelhecimento não patológico, porque muitas doenças nesta faixa etária, bem como inúmeros tratamentos, cursam com alterações neste sistema. Marcha, equilíbrio, coordenação motora, reflexos, força e tônus muscular devem ser avaliados.

A marcha do idoso está lentificada em relação ao adulto. A postura é rígida e há a tendência de inclinação do tronco para

frente. O indivíduo se torna inseguro e tem dificuldade no equilíbrio, como por exemplo: manter-se apoiado em um pé só ou nos calcanhares. Alterações no cordão posterior da medula podem produzir marcha talonante, na qual os calcanhares batem no chão quando o paciente anda. Lesões no cerebelo podem produzir marcha de base alargada, atáxica e insegura.

O tônus muscular é avaliado pela palpação e por movimentação passiva dos membros superiores ou inferiores. Podendo estar discretamente aumentado no indivíduo idoso. A força é avaliada em todos os grupamentos musculares. As provas de Barré e Mingazzini detectam déficit de força muscular em membros inferiores.

Os reflexos profundos devem estar presentes e simétricos, com exceção do aquileu, que pode estar ausente. Reflexos exaltados são patológicos, sugerindo distúrbio no sistema piramidal. A função cerebelar pode ser avaliada com as provas de movimentos repetidos, tais como: indicador-nariz e a dos movimentos alternados palma-dorso da mão. Alterações sutis são difíceis de perceber, porém as grosseiras podem denunciar lesão vermicular ou nas vias dos hemisférios cerebrais.

As sensibilidades tátil, térmica, dolorosa e vibratória devem ser testadas. O exame é realizado por segmentos, respeitando-se a simetria e com o paciente de olhos vendados. É comum a associação entre diminuição da sensibilidade vibratória e dos reflexos profundos, simulando quadro de neuropatia periférica. Porém, distúrbios do tato, da temperatura e da sensibilidade

dolorosa são mais raramente atribuíveis apenas ao envelhecimento. Diabetes melito, alcoolismo, desnutrição, neoplasias, entre outros, podem alterar a sensibilidade.

Perda de memória é uma das queixas mais freqüentes na consulta do idoso. Muitas vezes há dificuldade em estabelecerem-se limites entre o que é normal, um prejuízo cognitivo leve ou quadros de demência propriamente ditos. Deve-se encaminhar o paciente para investigação pertinente. Se as queixas forem pouco específicas, como “ando esquecido”, é menos provável que denotem comprometimento da memória por doenças, porém, quando as queixas são mais evidentes e prejudicam as atividades de vida diária, como esquecer caminhos, pessoas, diálogos e atividades recentes, a probabilidade da existência de uma doença neurológica em instalação é maior. O sono, assim como outras funções cognitivas, sofrem modificações com a idade. É reduzido em seu tempo total e qualidade. Depressão, nictúria, dor, incontinências, entre outros, podem contribuir para a piora do mesmo.

Pode-se verificar, ao exame, a presença de tremores. O tremor essencial é relacionado à postura ou à movimentação e pode atingir os membros superiores, cabeça e lábios. Diferentemente do tremor associado à doença de Parkinson, este último não se acompanha de aumento do tônus muscular.

- **Sistema ósteo-muscular:** Sistema constituído por músculos, ossos, ligamentos, cápsulas, cartilagens e sinóvias. Os músculos sofrem

perda de massa, processo denominado sarcopenia. No entanto, desde que adequada ao processo de senescência, e por vezes atenuada por treinamento físico, esta perda não costuma ser limitante ao desempenho de atividades cotidianas. Com os ossos o processo é semelhante. Há redução das camadas cortical e medular. Conferindo menor resistência e predispondo às fraturas. Principalmente nas idosas. As articulações, com suas cartilagens, em especial as dos joelhos e quadril, responsáveis pelo suporte do peso contra a gravidade, são muito atingidas. Alguns processos podem acelerar este fenômeno: traumas, infecções, auto-imunidade e doenças metabólicas.

Um processo patológico comum é a osteoartrose das pequenas articulações das mãos. O envolvimento é predominantemente distal e suas seqüelas raramente limitam consideravelmente os movimentos (Figura 23.6). No idoso pode-se observar acentuação das curvaturas naturais dos segmentos cervical, torácico e lombar da coluna. Com conseqüente redução da estatura. (Figura 23.7).

Local Aproximado da Figura 23.6

Local Aproximado da Figura 23.7

Ao examiná-las, com o paciente em ortostase, é possível avaliar o grau de comprometimento. A mobilidade, passiva ou ativa, também é atingida, sendo a coluna cervical e a lombo-sacral as

mais envolvidas no processo de espondiloartrose. É muito comum encontrarmos limitações, movimentação assimétrica, dor, caracterizando a abrangência da lesão.

Os joelhos são muito acometidos. Frequentemente apresentam diferentes graus de artrose. Porém, é preciso levar em consideração o grau de acometimento, interferência com as atividades da vida diária do doente e o grau de limitação. Pode ser detectados crepitação articular mantida e derrame, identificado pelo sinal da tecla, costuma denunciar processo patológico. Sinais inflamatórios (calor, rubor e edema) podem ser avaliados pela palpação e quando intensos acometem até a mobilização articular. O “joanete” ou hálux valgo decorre de uma bursite crônica, principalmente em mulheres com mais de 50 anos, acometendo a face interna do primeiro metatarso com desvio em abdução.

Calosidades são formações queratofibrosas resultantes do aumento da retenção e da adesividade de células epidérmicas, comum em idosos, que aparecem em pontos de apoio devido à perda progressiva das funções dos dedos e do tecido adiposo de amortecimento.

5. Considerações finais

O "princípio da parcimônia" ou "navalha de Ockham", atribuída ao filósofo e teólogo britânico William of Ockham (1285-1349), se encontra firmemente incorporado a todas as áreas do conhecimento

científico atual e na medicina é uma prática usual. Prevê que as explicações mais simples, capazes de abranger o maior número de observações ou achados clínicos, relacionada a um determinado fenômeno, deve ser assumida como a correta, evitando-se a larga probabilidade de erro associada às explicações mais complexas ou múltiplas, removendo tudo o que é largamente improvável. No entanto, no caso do paciente idoso, há inúmeras condições em que as doenças assumem características não usuais. Este processo é devido, em grande parte, às alterações da senescência dos sistemas orgânicos e/ou à superposição de doenças no mesmo indivíduo. Desta maneira, tentar aglutinar todos os sinais e sintomas em uma causa única pode induzir ao erro. O mais adequado é valorizar todas as queixas durante o processo anamnético e, uma vez estabelecidas como verdadeiras, investigar amplamente.

PONTOS FUNDAMENTAIS

O envelhecimento é um processo biológico e não é apanágio de doença. Assim, atribuir doenças ao envelhecimento é um erro abominável.

A entrevista deve ser dirigida ao paciente por meio de fala clara, com pronúncia vocal bem definida e vocábulos bem entonados. Somente se não houver condições clínicas é que o direcionamento recairá para o acompanhante cuidador.

Na maioria das vezes o idoso apresenta queixas múltiplas e

mal definidas, e, diferente do que tradicionalmente é ensinado, um elenco de sintomas não obrigatoriamente definirá uma doença específica. Queixas variadas e indefinidas podem referir-se a várias doenças.

O exame físico geral e segmentar apresenta muitas particularidades que devem ser conhecidas pelos profissionais. Os sinais encontrados podem ser mais tênues ou atípicos, mesmo quando há patologia instalada e em progressão de gravidade.

6. Referências Bibliográficas:

1. Bickley, L. S. MD. Bates Guide to Physical Examination and History Taking – North American. Tenth Edition. Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia - Pennsylvania: December 2008. Pages: 1-606.
2. Carvalho-Filho, E. T., Papaléo-Neto M. Geriatria - Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2ª. Edição. São Paulo: Editora Atheneu. 2005. Páginas: 3-677.
3. Papaléo Netto, M. – Tratado de Gerontologia. 2ª. Edição revista e ampliada. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. Páginas: 255-609.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1ª edição, série - A. Brasília – DF. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Normas e manuais técnicos,

Cadernos de atenção básica, n.19). Ministério da Saúde, 2006. Página 192 p. II.

5. Epstein O., Perkin G.D., Cookson, J., Bono, D. P. Exame Clínico. 3ª. Edição. Rio de Janeiro: Editora Elsevier. 2004. Páginas: 19-294.

6. Freitas, E. V., Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J., Gorzoni, M. L.. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2ª. Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2006. Páginas: 910-925.

7. Sustovich D.R.. Semiologia do Idoso para o Clínico. Primeira Edição. São Paulo: Editora Sarvier. 1999. Páginas: 1-95.