

MANIFESTAÇÕES ATÍPICAS DE DOENÇAS EM IDOSOS

Milton Luiz Gorzoni e Elisa Franco de Assis Costa

INTRODUÇÃO

Sintomas e sinais atípicos e/ou ausentes são sempre possíveis de ocorrer na prática clínica, principalmente quando o paciente apresenta-se com múltiplas doenças crônicas, em uso de inúmeros medicamentos, com incapacidade funcional e imunodeprimido. Por isso, observa-se que a frequência de manifestações não-usuais de várias doenças aumenta progressivamente com a idade do paciente, já que os idosos têm maiores probabilidades de apresentar as características descritas do que os adultos jovens.

Eles podem apresentar alterações em dados clínicos comuns como, por exemplo, ausência de febre em quadros infecciosos ou de dor em infartos agudos do miocárdio. Isso gera maior risco de diagnósticos tardios e, conseqüentemente, retardo nas ações terapêuticas, contribuindo, assim, para o aumento de seqüelas e mortalidade nessa faixa etária.

A associação de mudanças fisiológicas, sobreposição de doenças e uso simultâneo de vários medicamentos colabora para o desenvolvimento de alterações, muitas vezes significativas, nas queixas de idosos. Situações prevalentes nesse segmento etário, como osteoartrite e seqüelas de acidentes vasculares cerebrais, podem impedir que pacientes com insuficiência cardíaca congestiva se queixem de dispnéia aos esforços devido às limitações motoras. Igualmente, menor limiar de dor em idosos e psicofármacos alteram percepções dolorosas na angina do peito.

Pode-se dizer que existem fatores predisponentes, ou seja, que aumentariam a probabilidade de que os indivíduos de faixas etárias mais elevadas apresentem sinais e sintomas atípicos, principalmente, no caso de afecções agudas (Quadro 90.1). Dentre eles,

Quadro 90.1 Fatores Predisponentes para que as Doenças se Manifestem de Forma Atípica

- Idade avançada
- Diminuição da reserva funcional dos órgãos e sistemas
- Incapacidade de manter a homeostase
- Percepções equivocadas sobre o envelhecimento
- Co-morbidades
- Incapacidade funcional
- Deficiência cognitiva
- Polifarmácia

destaca-se o fato de que, por uma percepção equivocada sobre o envelhecimento, muitas vezes idosos e seus familiares atribuem o novo quadro clínico à "velhice" e deixam de reportá-lo aos seus médicos. Em algumas situações, os próprios médicos fazem essa interpretação das queixas de seus pacientes idosos, por desconhecem a biologia, a fisiologia, a psicologia do envelhecimento e as principais síndromes geriátricas.

Doenças agudas em pacientes nessa faixa etária apresentam, muitas vezes, quadro clínico e laboratorial diferente do encontrado em adultos jovens ou, ainda, são interpretadas como condições crônicas preexistentes. Exemplo comum na assistência geriátrica é a perda súbita da capacidade na execução de atividades da vida diária, com ou sem outros sintomas ou sinais indicativos de determinada doença. Essa queixa pode ser relacionada a doenças agudas como pneumonia, infecção urinária, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, estado não-cetótico hiperosmolar e abdome agudo. O Quadro 90.2 sumariza apresentações clínicas vagas e não-específicas que, em muitos casos agudos, indicam doenças graves e potencialmente fatais em idosos.

O encontro de idosos gravemente enfermos sem sintomas indicativos da doença também é freqüente e, quanto mais incapacitado e frágil o paciente for, maior a probabilidade de sintomas inespecíficos, como *delirium* e incontinência urinária, dominarem o quadro clínico. O processo de diagnose em idosos frágeis significa a procura e exclusão de doenças agudas, passa pela análise

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

crítica da prescrição medicamentosa e chega a detalhes do ambiente social e familiar do paciente.

Apresentações atípicas são comuns em sete situações: infecções, doenças cardiovasculares, embolismo pulmonar, abdome agudo, tireoideopatias, reações adversas a medicamentos e neoplasias. A detecção precoce dessas alterações aumenta o índice de diagnósticos a tempo de reduzir os percentuais de morbidade e de mortalidade.

INFECÇÕES

Uns dos principais problemas das doenças infecciosas nos idosos é o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, o retardo no início do tratamento, contribuindo para maiores taxas de mortalidade nessa faixa etária. O retardo do diagnóstico, muitas vezes, é causado pela falha dos médicos em reconhecer as manifestações atípicas das infecções ou por considerarem algumas queixas como parte do processo de envelhecimento. Sintomas comuns nessa faixa etária, como tremores, incontinência urinária e alterações cognitivas, podem não ser valorizados ou considerados normais e incuráveis. A negação da busca etiológica dos sintomas mencionados pode levar ao retardo na determinação de febre (tremores), infecção urinária (incontinência) e pródromo de infecções (*delirium*). Sintomatologia que sofra alterações inexplicáveis ou que se manifeste abruptamente deve ser valorizada e avaliada criteriosamente, tendo em vista que quadros infecciosos se encontram entre suas principais causas.

A concomitância de vários problemas de saúde em percentual significativo de idosos dificulta a correlação de todos os sintomas e sinais a uma única doença. Tem-se sempre a possibilidade da ausência, atipia ou de sobreposição etiológica em sintomas e sinais relacionados a infecções nessa faixa etária. Pode-se, por exemplo, encontrar percentuais menores de octogenários durante a admissão hospitalar devido à pneumonia com febre e/ou tosse do que com *delirium*. Isso ocorre por que o envelhecimento reduz o reflexo da tosse e altera a termorregulação corporal.

Sinal de alerta para processos infecciosos, a febre sofre alterações significativas nos idosos. Há menor autopercepção de mudanças na temperatura corporal associada à diminuição progressiva do metabolismo basal e das respostas vasomotoras. Nota-se ainda que, devido à menor massa muscular, pode ocorrer redução na intensidade de tremores. Existem também descrições de mudanças qualitativas e quantitativas de citocinas, prostaglandinas e da resposta hipotalâmica a essas substâncias. Essas alterações contribuem para o desenvolvimento de estados febris menos exuberantes em idosos do que os encontrados em adultos jovens, dificultando e retardando diagnósticos e tratamentos. Enquanto a temperatura oral matinal em adultos jovens gira em torno de 37,2°C, em idosos saudáveis e residentes em domicílios sua média é entre 36,8°C e 36,9°C. Idosos hospitalizados e sem doenças febris apresentam temperatura retal entre 37,2°C e 37,4°C e axilar em torno de 36,3°C. Mesmo considerando que sua definição variará conforme o local de aferição no corpo e da população estudada, podem-se considerar como critério de febre aumentos persistentes da temperatura corporal em pelo menos 1,1°C sobre a temperatura basal ou anterior do paciente. Conhecido em vários serviços geriátricos brasileiros como critério de Yoshikawa e Norman, essa definição de febre tem sido útil na prática clínica diária, notadamente em idosos com temperaturas axilares basais em torno de 36,0°C a 36,5°C.

Comentado mais detalhadamente em outro capítulo deste tratado, *delirium* ou estado confusional agudo é freqüente e importante sintoma atípico de infecções em idosos. Profissionais da saúde

e familiares de pacientes nesse segmento de idade devem estar informados do significado do *delirium* como sinal de alerta relativo a processos agudos. Cria-se assim a possibilidade de diagnósticos e investigações mais precoces e tempo hábil para o tratamento adequado ser instituído. Muitas vezes, por falta de orientação dos profissionais, indivíduos idosos com pneumonia ou infecção urinária são submetidos ao exame de ressonância nuclear magnética do crânio antes da radiografia do tórax ou do exame simples de urina, o que acaba por retardar o diagnóstico e onerar o sistema de saúde.

Altamente prevalentes em idosos, estados demenciais e depressivos, distúrbios do movimento e seqüelas de lesões cerebrovasculares ocasionam, com freqüência, alterações da deglutição, motricidade e fala. Surge assim a presença usual de distúrbios de comunicação, desnutrição, atrofia muscular, imobilismo e processos infecciosos corriqueiramente insidiosos e localizados, por exemplo, em úlceras de pressão e no trato urinário. Vários desses fatores, como desnutrição e imobilismo, podem interferir na capacidade orgânica de reação a agentes infecciosos. Novamente merece menção a associação de outras comorbidades, como *diabetes mellitus* e alcoolismo, com potencial de intervenção na sintomatologia produzida por infecções nesse grupo de pacientes.

Infecções no sistema nervoso central encontram-se entre os diagnósticos pouco considerados na prática clínica de pacientes dessa faixa etária. A clássica associação de meningite e rigidez de nuca pode estar prejudicada em idosos com alterações na coluna vertebral e/ou com doença de Parkinson. A demora no diagnóstico de meningite ocasiona alto percentual de morte nesses pacientes. A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) deve também ser cogitada em quadros demenciais, confusionais ou com sinais localizatórios.

Pouco diagnosticadas, as hepatites virais agudas são um exemplo, pois, freqüentemente, apresentam-se com sinais de colestase e menor elevação das enzimas hepáticas. Muitas vezes, o diagnóstico só é suscitado depois de exaustiva investigação em busca de outras causas, como tumores e cálculos biliares.

Várias doenças infecciosas e parasitárias, comuns na população brasileira, não foram estudadas detalhadamente para definir o quadro clínico e suas manifestações atípicas em idosos. A queda da prevalência da doença de Chagas no Brasil está provocando maior número de pacientes soropositivos com idade igual ou superior a 60 anos. Há relatos de casos de paracoccidiodomicose em idosos com quadros clínicos sugestivos de neoplasias ou de doença pulmonar obstrutiva crônica. Tuberculose, além dos casos relacionados à AIDS, vem sendo observada em número progressivamente maior de idosos brasileiros. Ocasionalmente altos índices de mortalidade, visto ser muitas vezes de diagnóstico difícil e com percentual importante em formas extrapulmonares. Coeficientes de mortalidade por tétano apresentam declínio em todas as faixas etárias, menos em idosos, grupo etário com menor tradição em vacinação e no qual é pouco lembrado como etiologia de quadros neurológicos.

As parasitoses intestinais, muito comuns em nosso meio, são freqüentemente esquecidas como causa de sintomas inespecíficos nos indivíduos mais idosos. Anemia, inapetência e emagrecimento podem ser os sintomas prevalentes e, não raro, esses pacientes são submetidos a uma extensiva, e às vezes penosa, investigação em busca de neoplasia, antes que suas fezes sejam coletadas para exame parasitológico.

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Várias cardiopatias apresentam sintomatologias diferentes entre pacientes jovens e idosos e são objeto de apresentação mais

ampla em outra seção deste tratado. Há, porém, detalhes que merecem breves comentários discriminados, adiante.

Arritmias cardíacas na terceira idade raramente originam queixas de palpitações. Encontram-se com mais frequência arritmias em pacientes com quadros sincopais e/ou de quedas. Também é possível o diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva secundária a taquiarritmias, principalmente fibrilação atrial, em situações de declínio cognitivo recente ou perda de capacidade nas atividades da vida diária. Mesmo um simples método gráfico como o eletrocardiograma pode revelar arritmias ventriculares, breves taquicardias supraventriculares e bloqueios átrio-ventriculares.

Infarto agudo do miocárdio em idosos pode evoluir silenciosa e mortalmente ou se exteriorizar com sintomas diferentes dos considerados clássicos. Percentuais significativos de casos apresentam-se inicialmente como síncope, déficits neurológicos súbitos, embolias periféricas ou pulmonares, dores abdominais ou sintomas respiratórios sem sinais de insuficiência cardíaca congestiva. Quando o paciente se queixa de precordialgia ou de desconforto torácico, suas características são vagas e sua intensidade é menor do que a tradicional. Dispnéia é o equivalente anginoso mais relatado entre idosos.

Embora comum na terceira idade, insuficiência cardíaca congestiva encontra-se entre os diagnósticos difíceis nessa faixa etária. Há paciente oligossintomáticos em decorrência de limitações funcionais e outros com comorbidades, como doença pulmonar obstrutiva crônica e deformidades torácicas, que mimetizam as queixas típicas dessa cardiopatia. Muitas vezes de causa multifatorial, suas etiologias mais frequentes se relacionam com doença coronária isquêmica, hipertensão arterial e lesões valvares. Diagnósticos são firmados, em muitos casos, devido a fatores precipitantes como infecções, anemia, arritmias e medicamentos do tipo dos antidepressivos tricíclicos, que interferem na função cardíaca, ou como os antiinflamatórios não-hormonais, que reduzem a excreção renal de sódio e água. O envelhecimento tem grande impacto sobre a função diastólica ventricular e provoca frequentemente insuficiência cardíaca em idosos com função sistólica preservada, o que justifica análise criteriosa do trabalho cardíaco quando se indica a utilização de métodos de imagem para complemento diagnóstico.

EMBOLISMO PULMONAR

Quadros de embolia ou embolismo pulmonar compõem um dos maiores problemas de saúde com significante morbidade e mortalidade, particularmente em pacientes idosos. Estima-se que sua incidência anual quadruplique entre as faixas etárias de 40 a 54 anos e 85 a 89 anos. Apresentações clínicas atípicas e/ou ausência da hipótese diagnóstica no início dos sintomas é fato comum na terceira idade. Essencialmente, qualquer paciente portador de lesões e/ou estases venosas ou estados de hipercoagulabilidade é potencial candidato a embolias pulmonares e deve ser investigado sobre essa possibilidade diagnóstica quando houver alterações agudas da sintomatologia e/ou do estado geral. O processo do envelhecimento pode incorporar fatores predisponentes ao embolismo, como o aumento das concentrações séricas de fibrinogênio, conjuntamente com a redução das de antitrombina 3 e o desenvolvimento de estase venosa devido ao decréscimo de mobilidade e de massa muscular em membros inferiores. Acrescentem-se a essas mudanças fisiológicas outros fatores desencadeantes comuns em idosos, como varicosidades em membros inferiores, insuficiência cardíaca congestiva, obesidade, neoplasias, imobilidade durante hospitalizações, seqüelas de acidente vascular cerebral, fraturas de fêmur, policitemia, uso de medicamentos como corticosteróides e terapia de reposição hormonal.

Comparando-se a sintomatologia de embolismo pulmonar nas primeiras 24 horas entre pacientes com idades abaixo e acima de 65 anos de idade, verifica-se que ambas as faixas etárias apresentaram dispnéia, taquicardia e taquipnéia em igual percentual. Observam-se, porém, valores significativamente menores de dor torácica como apresentação primária, tosse e hemoptise no grupo de idosos. O mesmo grupo, no entanto, desenvolveu mais quadros sincopais, cianose e hipoxemia. Levando-se em conta a inespecificidade do quadro clínico, apenas permanente suspeita sobre pacientes de risco poderá aumentar a chance do diagnóstico em curto prazo e a tempo de incrementar o tratamento e de melhorar seu prognóstico.

ABDOMEN AGUDO

Define-se habitualmente abdome agudo como quadro doloroso abdominal que necessita de pronta assistência, diagnóstico e tratamento imediato, normalmente cirúrgico. Ocorre que é comum o encontro de pacientes em idades avançadas com queixas de dor abdominal. Nota-se também que octogenários e idosos com alto grau de dependência física e/ou mental podem desenvolver quadros abdominais graves e cirúrgicos assintomáticos ou com outras manifestações clínicas além da dor. Isso torna o diagnóstico de abdome agudo em pacientes geriátricos um dos maiores desafios clínicos devido a multiplicidade de causas e sintomatologia variável.

A frequência de quadros obstrutivos intestinais, pancreatites e colecistites está entre três e quatro vezes mais em idades acima de 50 anos do que abaixo dela, enquanto apendicitis ocorrem no dobro de jovens. Incomum ainda é o encontro de complicações da doença diverticular do cólon, neoplasias de intestino grosso, hérnias e isquemia mesentérica em pacientes em faixas etárias menores do que a terceira idade.

A anamnese, muitas vezes de difícil obtenção, devido a estados confusionais, demências e outras doenças, provoca a frequente observação clínica da ausência de sintomas como anorexia, vômitos e alterações do hábito intestinal. Pacientes e familiares podem inicialmente atribuir o quadro clínico à obstipação intestinal ou a distúrbios digestivos e a medicamentos usuais nessa faixa de idade, como antiinflamatórios não-hormonais, analgésicos, sedativos e psicofármacos que colaboram para minimizar o quadro algico. Associe-se a isso o encontro de casos que não apresentam febre ou desenvolvem hipotermia, sinais de peritonite menos intensos devido à fraqueza da musculatura abdominal e menor grau de leucocitose e se chega a situações de alta gravidade, sem sinais e sintomas de alerta, durante a fase inicial do seu processo de instalação.

Gasta-se mais tempo para diagnosticar emergências abdominais agudas em idosos, o que contribui para o encontro de taxas de morbidade e mortalidade mais altas nesse tipo de paciente do que em adultos jovens. Justifica-se assim que deteriorações súbitas do estado geral e quadros agudos e dolorosos abdominais devam ser avaliados com prudência, normalmente em ambiente hospitalar, ampliando a análise clínica com métodos de imagem e exames complementares.

TIREOIDEOPATIAS

Apesar da alta prevalência de disfunções tireoidianas em idosos, seu diagnóstico muitas vezes é demorado e difícil devido à sintomatologia insidiosa e muitas vezes atribuída ao envelhecimento normal. Fadiga, bradipsiquismo, letargia e obstipação intestinal podem compor o quadro do hipertireoidismo com apatia, descri-

to em, 1931 por Lahey, que continua a ser um dos mistérios da medicina, apesar de sua existência já ter sido extensivamente documentada, mas a razão dessa forma de apresentação ainda é desconhecida.

Sintomas típicos estão ausentes ou são correlacionados com outras doenças coexistentes ou freqüentes na terceira idade. Hipotireoidismo, por exemplo, faz parte do diagnóstico diferencial das demências senis. O exame físico da tireóide também pode não auxiliar, tendo em vista que o aumento da glândula evolui como bócio mergulhante em número significativo de casos, dificultando, assim, sua palpação. Embora não haja unanimidade quanto à investigação laboratorial de rotina em pacientes da terceira idade, deve-se ter sempre a suspeita de tireoideopatia como diagnóstico diferencial. Exemplo disso ocorre no hipertireoidismo que pode desencadear ou piorar quadros de insuficiência cardíaca, *angina pectoris* e fibrilação atrial, tornando-os de difícil controle clínico e se sobrepondo sintomatologicamente às manifestações clássicas da doença. Hipertireoidismo também deve ser excluído em dementados com estados de agitação grave.

REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

O envelhecimento provoca corriqueiramente a multiplicidade de doenças e, conseqüentemente, o consumo de fármacos. Tor-na-se lógica a expectativa do encontro maior de reações adversas e/ou de interações medicamentosas nessa faixa etária. Todo sinal ou sintoma de instalação subseqüente ao início de novo medicamento deve levantar a suspeita de ser de causa farmacológica. Anti-hipertensivos, diuréticos e hipnóticos podem, por exemplo, provocar hipotensão ortostática e/ou quedas e induzir progressiva imobilidade. Outras circunstâncias, como o consumo excessivo ou a retirada abrupta de fármacos, contribuem constantemente para o desenvolvimento de estados confusionais agudos. Da mesma forma, automedicação e prescrições de indicação duvidosa necessitam de cuidadoso seguimento e retirada.

NEOPLASIAS

As doenças neoplásicas manifestam-se comumente em idosos como nodulosidades encontradas casualmente ao exame clínico. Massas abdominais ou pélvicas, nódulos em mamas, axilas ou em região cervical, próstatas endurecidas, lesões numulares aos raios X de tórax podem passar despercebidos se não forem ativa e constantemente procurados.

Outras situações que podem anteceder as manifestações clássicas de uma neoplasia são os quadros depressivos e as síndromes paraneoplásicas, como as neuropatias e as alterações endócrinas e hidroeletrólíticas, como a síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético.

A faixa etária do paciente não deve servir como impedimento para a realização de pesquisa periódica de neoplasias, mesmo antecipando possíveis dificuldades terapêuticas.

BIBLIOGRAFIA

- Abdelhafiz AH. Heart failure in older people: causes, diagnosis and treatment. *Age Ageing*, 2002; 31(1):29-36.
- Araújo ESA. Hepatite C em idosos. In: Focaccia R. *Tratado de Hepatites Virais*. São Paulo: Atheneu, 2002, pp. 479-482.
- Balducci L, Lyman GH. Cancer in the elderly: epidemiologic and clinical implications. *Clin Geriatr Med*, 1997; 13(1):1-14.
- Borelli P, Blatt SL, Rogero MM, Fock RA. Haematological alterations in protein malnutrition. *Rev Bras Hematol Hemoter*, 2004; 26(1):49-56.
- Chaimowicz F. Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. *Rev Saúde Pública*, 2001; 35:81-87.
- Chambó Filho A, Borges FLL, Cintra LC, Martins RM. Mastite por paracoccidiodomicose: relato de caso. *RBGO*, 2000; 22(9):593-596.
- Darowski A, Weinberg JR, Guz A. Normal rectal, auditory canal, sublingual and axillary temperatures in elderly afebrile patients in a warm environment. *Age Ageing*, 1991; 20:113-119.
- Diaz Fuenzalida A, Vera C, Santamarina J, Izarduy L, Bagnasco R, Grinson S, Khoury M, Rodriguez CH, Luna CM. Community-acquired pneumonia in the elderly requiring hospitalization. Clinical features and prognosis. *Medicina (B. Aires)*, 1999; 59:731.
- Emmett KR. Nonspecific and atypical presentation of disease in the older patient. *Geriatrics*, 1998; 53:50-60.
- Eriksson H, Svardsudd K, Larsson B, Welin L, Ohlson LO, Wilhelmsen L. Body temperature in general population samples. The study of men born in 1913 and 1923. *Acta Med Scand*, 1985; 217(4):347-352.
- Espinosa E, Balbontín P, Feuerhake S, Piñera C. Abdomen agudo en el adulto mayor. *Rev Méd Chile*, 2004; 132:1505-1512.
- George J, Bleasdale S, Singleton SJ. Causes and prognosis of delirium in elderly patients admitted to a district general hospital. *Age Ageing*, 1997; 26:423-427.
- Gill S, Liu B. How to avoid dangerous medication prescribing practices. *Geriatrics Aging*, 2001; 4:18-19.
- Gorzoni ML. Medicamentos como desencadeantes de sintomas em idosos. *Gerontologia*, 1995; 3(2):81-86.
- Gorzoni ML, Rocha FA, Raffaelli Filho R, Lima CAC. Paracoccidiodomicose em idosos. In: Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, 11, Rio de Janeiro, 1997. Murais. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 1997, p. 107 (resumo 93).
- Gregoratos G. Clinical manifestations of acute infarction in older patients. *Am J Geriatr Cardiol*, 2001; 10(6):345-347.
- Janssens JP, Krause KH. Pneumonia in the very old. *Lancet Infect Dis*, 2004; 4:112-124.
- Kahaly GJ, Nieswandt J, Mohr-Kahaly S. Cardiac risks of hyperthyroidism in the elderly. *Thyroid*, 1998; 8(12):1165-1169.
- King D. Diagnosis and management of heart failure in the elderly. *Postgrad Med J*, 1996; 72(852):577-580.
- Kokturk N, Oguzulgen K, Demir N, Demirel K, Ekim N. Differences in clinical presentation of pulmonary embolism in older vs younger patients. *Circ J*, 2005; 69:981-916.
- Lantz NS. Problems with polypharmacy. *Clinical Geriatrics*, 2002; 10:18-20.
- Leipzig RM. Keys to maximizing benefit while avoiding adverse drug effects. *Geriatrics*, 2001; 56:30-34.
- Lima e Costa MFF, Barreto SM, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E, Vidigal PG. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: the Babuf Health and Ageing Study (BHAS). *Int J Epidemiol*, 2001; 30:887-893.
- Maćkowiak PA, Wasserman SS, Levine MM. A critical appraisal of 98.6 degrees F, the upper limit of the normal body temperature, and other legacies of Carl Reinhold August Wunderlich. *JAMA*, 1992; 268(12):1578-1580.
- Marion GS, McGann KP, Camp DL. Core body temperature in the elderly and factors which influence its measurement. *Gerontology*, 1991; 37(4):225-232.
- Masotti L, Ceccarelli E, Cappelli R, Guerrini M, Forconi S. Pulmonary embolism in the elderly: clinical, instrumental and laboratory aspects. *Gerontology*, 2000; 46(4):205-211.
- McGann KP, Marion GS, Camp L, Spangler JG. The influence of gender and race on mean body temperature in a population of healthy older adults. *Arch Fam Med*, 1993; 2(12):1265-1267.
- Miller LG, Choi C. Meningitis in older patients: how to diagnose and treat a deadly infection. *Geriatrics*, 1997; 52:43-55.
- Mohandas R, Gupta KL. Managing thyroid dysfunction in the elderly. Answers to seven common questions. *Postgrad Med J*, 2003; 113(5):54-56, 65-68, 100.
- Montesanti LT, Marques Júnior OW, Quadrante ACR, Gorzoni ML, Ribeiro MCSA. Anamnese clínica X geriátrica. *Gerontologia*, 1999; 7:8-16.

- Moraes EM, Pedroso ERP. Tétano no Brasil: doença do idoso? *Rev Soc Bras Med Tropical*, 2000; 33:271-275.
- Moriguti JC, Machado AA, Fattori A. Síndrome da imunodeficiência adquirida em idosos. *Gerontologia*, 1996; 4:30.
- Newnham DM, Hamilton SJ. Sensitivity of the cough reflex in young and elderly subjects. *Age Ageing*, 1997; 26:185-188.
- Norman DC, Yoshikawa TT. Fever in the elderly. *Infect Dis Clin North Am*, 1996; 10:93-99.
- Pereira FAI, Devens LT, Fernandez ME, Storani MSB, Sguizzarto GT, Paschoal SMP. Relação entre o grau de dependência e de desnutrição. *Gerontologia* 1996; 4:32.
- Potts FE 4th, Vukov LF. Utility of fever and leukocytosis in acute surgical abdomens in octogenarians and beyond. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 1999; 54(2):M55-M58.
- Rehman SU, Cope DW, Senseney AD, Brzezinski W. Thyroid disorders in elderly patients. *South Med J*, 2005; 98(5):543-549.
- Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A AIDS no estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol*, 2002; 5(2):286-310.
- Smitz S, Giagoultsis T, Dewe W, Albert A. Comparison of rectal and infrared ear temperatures in older hospital inpatients. *J Am Geriatr Soc*, 2000; 48(1):63-66.
- Souza LHB, Ciocchetti AB, Peres AL, Francischini AL, Marini MFDV, Valle LM, Lazzarini M, Gorzoni ML, Lima CAC. Úlceras de pressão em instituição asilar. *Gerontologia*, 1996; 4:53.
- Sund-Levander M, Forsberg C, Wahren LK. Normal oral, rectal, tympanic and axillary body temperature in adult men and women: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*, 2002; 16:122-128.
- Telfer S, Fenyo G, Holt PR, de Dombal FT. Acute abdominal pain in patients over 50 years of age. *Scand J Gastroenterol*, 1988; 144 (Suppl):47-50.
- Then KL, Rankin JA, Fofonoff DA. Atypical presentation of acute myocardial infarction in 3 age groups. *Heart Lung*, 2001; 30(4):285-293.
- Timmons S, Kingston M, Hussain M, Kelly H, Liston R. Pulmonary embolism: differences in presentation between older and younger patients. *Age Ageing*, 2003; 32:601-605.
- Tresch DD. Clinical manifestations, diagnostic assessment, and etiology of heart failure in elderly patients. *Clin Geriatr Med*, 2000; 16(3):445-456.
- Van Geloven AA, Biesheuvel TH, Luitse JS, Hoitsma HF, Obertop H. Hospital admissions of patients over 80 with acute abdominal complaints. *Eur J Surg*, 2000; 166(1):866-871.
- Vendramini SHF, Villa TCS, Cardozo Gonzales RI, Monroe AA. Tuberculose no idoso: análise do conceito. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2003; 11(1):96-103.
- Woon VC, Lim KH. Acute myocardial infarction in the elderly — the differences compared with the young. *Singapore Med J*, 2003; 44(8):414-418.
- Yamasaki N, Kitaoka H, Matsumura Y, Furuno T, Nishinaga M, Doi Y. Heart failure in the elderly. *Intern Med*, 2003; 42(5):383-388.
- Yoshikawa TT, Norman DC. Fever in the elderly. *Infect Med*, 1998; 15:704-708.
- Zwicker CDA. The elderly patient at risk. *J Infus Nur*, 2003; 26(3):137-143.