



O Imperativo da Avaliação Integrada para um Envelhecimento Ativo e Saudável

The Imperative of Integrated Assessment for Active and Healthy Ageing

Anabela Mota Pinto

DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.1105>

O envelhecimento populacional é uma das maiores conquistas da sociedade moderna, mas também um dos seus maiores desafios. A transição demográfica, com o aumento da esperança de vida, exige uma mudança de paradigma, da gestão da doença para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo. Esta transição implica uma abordagem holística e integrada, que considere a complexidade do processo de envelhecimento e o impacto que este tem no organismo e na sociedade.^{1,2}

O envelhecimento não é uma doença, mas um processo biológico natural, intrinsecamente ligado a alterações fisiológicas. O corpo humano passa por uma série de modificações a nível molecular, celular, e dos sistemas. A diminuição da reserva funcional dos órgãos e a acumulação de lesões moleculares levam a uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade a patologias crónicas.^{3,4} Alterações cardiovasculares, sarcopenia, osteoporose, declínio cognitivo e alterações nutricionais são apenas alguns exemplos dos desafios a que o médico deve estar atento.

Para mitigar estes impactos, a intervenção dos profissionais de saúde deve ser atempada, proativa e coordenada, focada em manter a autonomia e a independência do idoso o máximo de tempo possível.¹ O objetivo final é garantir que a vida longa seja sinónimo de vida com qualidade.

Contudo, e enfatizando que o envelhecimento não é sinónimo de doença, convém também salientar que a heterogeneidade é marcante: indivíduos da mesma idade cronológica apresentam trajetórias distintas de saúde e funcionalidade, determinadas por fatores genéticos, ambientais, comportamentais e sociais.³ Este reconhecimento deve guiar a prática médica para além de protocolos rígidos, valorizando a personalização da abordagem clínica.

Para promover um envelhecimento ativo e saudável, importa consolidar uma prática clínica orientada pela prevenção, pela coordenação de cuidados e pela intervenção precoce. Destacam-se quatro pilares fundamentais:

Instituto de Patologia Geral, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Recebido/Received: 2025-08-26. Aceite/Accepted: 2025-08-28. Publicado/Published: 2025-09-30.

© Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2025. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial

PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Exercício físico regular, alimentação equilibrada, cessação tabágica, consumo moderado de álcool, estímulo cognitivo e integração social são determinantes de saúde fundamentais.¹ A sua prescrição deve ser encarada com a mesma seriedade que a terapêutica farmacológica, reforçando o papel do médico como promotor de saúde e não apenas como gestor de doença.

AVALIAÇÃO CLÍNICA GLOBAL REGULAR

A consulta médica no idoso não deve restringir-se à resposta a queixas pontuais. Recomenda-se que, pelo menos semestralmente, seja realizada uma avaliação clínica global, mesmo em doentes seguidos por outros especialistas.² Este momento deve integrar história clínica detalhada, avaliação funcional, cognitiva e social, bem como rastreios adaptados à idade e grupo populacional e ao estado de saúde.

Nos contextos institucionais, como as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), o médico tem uma função agregadora e coordenadora, garantindo que a multiplicidade de avaliações clínicas conduz a uma visão integrada da pessoa e não a uma fragmentação de cuidados.²

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SISTEMÁTICA

A avaliação nutricional é um pilar frequentemente subestimado no cuidado ao idoso. As alterações fisiológicas do envelhecimento, como a diminuição do apetite, a alteração do paladar e a absorção de nutrientes, bem como a presença de comorbidades e polimedicação, tornam o idoso particularmente vulnerável à malnutrição.⁵ A desnutrição em idosos está associada a piores desfechos clínicos, como maior risco de quedas, infeções, hospitalizações e mortalidade.

Uma avaliação nutricional sistemática e semestral é, por isso, indispensável, independentemente de haver um nutricionista na equipa. Ferramentas de rastreio validadas, como a Mini Avaliação Nutricional (MNA), permitem identificar precocemente o risco nutricional.² Com base nessa avaliação, cabe ao médico implementar estratégias terapêuticas que vão para além da prescrição de suplementos. O ajuste da dieta, a estimulação do apetite, a educação do doente e da família sobre a importância de uma alimentação adequada e, se ne-

cessário, o envolvimento de um nutricionista, são intervenções de alta relevância que podem fazer a diferença na qualidade de vida e na recuperação do doente.⁵

REVISÃO PERIÓDICA DA TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Com o aumento da multimorbilidade, a polimedicação torna-se uma realidade comum, associada a maior risco de interações, reações adversas e declínio funcional. A revisão da terapêutica medicamentosa é, por isso, um ato médico de extrema importância, devendo ser realizada sempre que ocorram alterações clínicas significativas.^{6,8}

O processo de desprescrição, ou seja, a cessação ou redução de fármacos que já não são clinicamente apropriados, é fundamental para reduzir o risco de eventos adversos, interações medicamentosas e custos associados.⁶ A prática da desprescrição, quando apropriada, deve ser conduzida de forma estruturada, baseada na evidência e em diálogo com o doente e/ou representante legal.^{6,7} Este processo interativo exige ponderação entre benefícios e riscos, ajustado à situação clínica, esperança de vida, valores e preferências do doente. A articulação com outros médicos é vital para garantir uma abordagem coordenada, evitando que o doente reinicie uma medicação descontinuada.^{8,9}

A NECESSÁRIA MUDANÇA DE PARADIGMA

Para que estas estratégias se consolidem, é fundamental promover uma mudança de paradigma: do modelo biomédico centrado na doença para um modelo biopsicossociocultural centrado na funcionalidade e na qualidade de vida.^{1,3,4}

O médico deve ser visto como um coordenador de cuidados, capaz de integrar informação proveniente de múltiplas áreas e profissionais, garantindo coerência na trajetória de saúde do idoso.^{2,4} O investimento em consultas de geriatria, medicina geral e familiar e cuidados de saúde primários é determinante, assim como a articulação estreita com ERPI, hospitais e serviços comunitários.

O envelhecimento ativo e saudável não é uma utopia, mas um desígnio coletivo que exige ação concertada. O médico ocupa um lugar de destaque nesta missão: avaliar, prevenir, coordenar e intervir de forma personalizada, preservando a dignidade e a autonomia da pessoa idosa.¹

TABELA 1. Recomendações práticas para a promoção do envelhecimento saudável

Domínio	Recomendações principais	Periodicidade sugerida
Estilos de vida	Prescrição de exercício físico, aconselhamento alimentar, cessação tabágica, promoção do convívio social	Contínua
Avaliação clínica global	Exame físico, avaliação funcional, cognitiva e social	Semestral
Avaliação nutricional	Peso, IMC, rastreios de risco nutricional	Semestral
Revisão terapêutica	Análise de polimedicação, desprescrição estruturada	Anual ou perante alterações clínicas

Ao assumir esta responsabilidade, a classe médica não só responde ao desafio do envelhecimento populacional, como contribui para uma sociedade mais justa, solidária e saudável.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

APOIO FINANCEIRO: Este trabalho não recebeu qualquer subsídio, bolsa ou financiamento.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Solicitado; sem revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution grant or scholarship.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Commissioned; without external peer review.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. WHO; 2014. [Consultado em: 08/2025] Disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/active-ageing-a-policy-framework/>.
2. Duque AS, Gruner H, Gorjão Clara J, Gomes Ermida J, Teixeira Veríssimo M. Guia de Avaliação Geriátrica Global. GERMI – Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. . [Consultado em: 08/2025] Disponível em: https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf
3. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;21;387:2145-54. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
4. Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*. 2019;394:1376-86. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31785-4.
5. Shlisky J, Bloom DE, Beaudreault AR, Tucker KL, Keller HH, Freund-Levi Y, et al. Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. *Adv Nutr*. 2017;17;8:17-26. doi: 10.3945/an.116.013474.
6. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, Gnjidic D, Del Mar CB, Roughead EE, Page A, Jansen J, Martin JH. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 2015;175:827-34. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.0324.
7. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80:1254-68. doi: 10.1111/bcp.12732.
8. Martins B, Mendes Â, Gonçalves Luís J, Araújo RM. Polimedicação no idoso: percepção dos médicos de família. *Rev Port Med Geral Fam*. 2023;39:5. doi: 10.32385/rpmgf.v39i5.13518
9. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67:674-94. doi: 10.1111/jgs.15767.