

A valorização da queixa do idoso no cuidado em vários contextos

The importance of considering the elderly's complaints in care in different contexts

Stella Vidal de Souza Torres

“Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos... Os homens esqueceram essa verdade, mas tu não a deves esquecer. Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas...”
(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO: Norteadado pela Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), este artigo tem como objetivo trazer à tona questões diárias relativas à saúde do idoso, com ênfase no cuidado e na percepção de sinais e sintomas que envolvem suas principais patologias, sob o ponto de vista da queixa dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Cuidado; Saúde do idoso: Sinais e sintomas.

ABSTRACT: Guided by the Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), this article aims to bring to light daily questions concerning the health of the elderly, with emphasis on care and perception of signs and symptoms involving their main pathologies, from the point of view of the complaint of elderly.

Keywords: Aging; Care; Elderly health: Signs and symptoms.

Introdução

O trecho acima citado por Antoine de Saint-Exupéry (2006), em *O Pequeno Príncipe*, retrata o diálogo entre o príncipe e a raposa sobre a importância de cativar alguém. Ele não sabia ainda o conceito da palavra “cativar” e a raposa, então, passa a lhe ensinar que o significado para o termo é o de “criar laços”. Lembra que, ao fazermos isso, as pessoas se tornam diferentes e especiais para nós, dando sentido à nossa existência e ao mundo em que vivemos.

A velhice, como todas as situações humanas, tem uma dimensão existencial, pois modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história (Beauvoir, 1990).

Desde os primórdios da humanidade, a preservação da vida e a continuidade da espécie humana aconteceram graças ao cuidado, ao cuidar e ao cuidar-se, de modo que existir implica ser cuidado e isso em todas as fases da vida (Gonçalves, 2008).

A rápida transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo nos últimos anos carrega consigo grandes desafios, especialmente na área da saúde. Elas são responsáveis pelo surgimento de novas demandas nesse campo, especialmente quanto ao uso de serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito à epidemia de doenças crônicas e às incapacidades funcionais vivenciadas pelos indivíduos mais velhos (Moraes, 2012).

O fundamental para oferecer um atendimento adequado a pessoas de idade avançada é conhecer o processo de envelhecimento em toda a sua complexidade, porém nunca se satisfazer com a explicação de que “é normal para a idade” qualquer sinal ou sintoma antes de avaliá-lo devidamente (Costa, & Monego, 2003).

Por mais complexo que isso torne o atendimento, queixas vagas ou inespecíficas não devem ser deixadas de lado. Não se deve esquecer, também, o quanto é frequente a associação de diagnósticos nessa fase da vida.

Por queixa entende-se expressão formulada de dor, de desgosto, de ressentimento. Assim, por que não considerar e valorizar esse descontentamento como parte integrante do cuidado, uma vez que o essencial no cuidar é prestar um atendimento adequado?

Dessa forma, através das questões contidas na Avaliação Geriátrica Global, é possível identificar as principais queixas relativas à saúde do idoso com ênfase no cuidado e na percepção de sinais e sintomas que envolvem a maioria de suas patologias.

Avaliar o processo de envelhecimento

Alguns desafios surgem quando nos aproximamos dos idosos. É necessário conhecer o processo de envelhecimento, saber discernir entre senescência e senilidade, e entender que velhice não é sinônimo de doença. Portanto, é preciso desfazer-se de mitos e estereótipos em relação à velhice; reconhecer a heterogeneidade dos idosos dentro de suas características pessoais de personalidade, valores e crenças, níveis educacionais e de funcionalidade, além de suas doenças clínicas; e evitar o etarismo como forma de discriminação cronológica que afeta não somente os idosos, mas também todos os níveis de uma sociedade. Além disso, se torna primordial buscar auxílio de equipes interdisciplinares no cuidado ao idoso e de familiares e cuidadores para avaliação e tratamento melhores, especialmente em idosos frágeis.

Tendo em mente esses princípios, passamos a refletir sobre as situações clínicas vivenciadas e experienciadas por familiares, cuidadores, profissionais e por muitos idosos, a fim de priorizar a qualidade de vida do paciente no contexto em que estiver inserido.

O termo “**Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)**” começou a ser utilizado no Reino Unido, no final da década de 1930. Os primeiros artigos sobre a necessidade e a importância de uma avaliação geriátrica especializada foram publicados pela médica britânica Marjory Warren. Seu trabalho como chefe de um grande hospital londrino era avaliar, de forma sistemática, cada um dos pacientes, pois os mesmos não recebiam diagnóstico médico apropriado, nem tampouco qualquer tipo de reabilitação. Acreditava-se que eles deveriam permanecer na instituição pelo resto da vida. No entanto, observou-se que, com bons cuidados de enfermagem, eles se mantinham vivos, ainda que incapacitados. Assim, a Dra. Warren iniciou a reabilitação de todos eles, fazendo com que muitos deixassem de ser imobilizados, podendo receber alta do hospital.

Por esse trabalho, ela foi reconhecida como geriatra e passou a defender a Avaliação Geriátrica Ampla, com o objetivo de planejar a reabilitação de todo o idoso, antes de ser encaminhado para uma instituição de longa permanência (Costa, & Monego, 2003; Matthews, 1984).

De caráter interdisciplinar, a AGA caracteriza-se por ser um processo diagnóstico multidisciplinar para avaliar pontos importantes sobre questões médicas, psicossociais e funcionais, cujo objetivo principal está em detectar deficiências, incapacidades e desvantagens que os pacientes idosos apresentam, quantificá-las e identificar os indivíduos frágeis e os de alto risco a fim de estabelecer medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras (Freitas, Miranda, & Nery, 2002).

E quanto mais minuciosa e precoce for a avaliação, maiores as chances de se impedir uma piora progressiva da funcionalidade, de forma que a AGA passa a ser um material de fácil aplicabilidade, baixo custo e risco mínimo de viés (Regis, Alcântara, & Goldstein, 2013).

Não se trata, porém, de uma avaliação isolada, devendo sempre resultar em uma intervenção, quer seja de reabilitação, de aconselhamento, de indicação de internação em hospital ou instituição de longa permanência. Nela são avaliados os seguintes parâmetros: a) Equilíbrio e mobilidade; b) Função cognitiva; c) Deficiências sensoriais; d) Condições emocionais/presença de sintomas depressivos; e) Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social; f) Condições ambientais; g) Capacidade funcional – atividades da vida diária (AVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD); e h) Estado e risco nutricionais (Costa, & Monego, 2003).

De acordo com esses parâmetros, poderemos nos atentar para as principais queixas dos idosos para que possamos verificar a existência de alguma patologia.

a) **equilíbrio e mobilidade**: como os idosos apresentam uma tendência maior à instabilidade postural e alterações de marcha, o risco de quedas passa a ser iminente. Deve-se observar se o indivíduo faz uso de instrumentos auxiliares da marcha, como andadores e bengalas; como estão adaptados para ele, e se estão em boas condições de uso. Para avaliação de marcha e equilíbrio, existem instrumentos de avaliação já validados no país e que poderão ser de grande auxílio diante de uma queixa inicial como, por exemplo, a escala de equilíbrio de Berg e a *Performance-Oriented Mobility Assessment of Gait and Balance* (POMA), de Tinetti.

Queixas que devem ser valorizadas para este item: déficit auditivo, zumbido, vertigem (patologias labirínticas), dificuldade ao se levantar (déficit de força muscular em membros inferiores por déficit neurológico ou por desuso), instabilidade postural; pode ser início de Doença de Parkinson.

b) **função cognitiva:** um teste simples, como o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) de Folstein, pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde e não requer mais de 10 minutos para a sua avaliação. Ele é capaz de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 ponto, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, correspondente à melhor capacidade cognitiva. Deve-se levar em consideração que, mesmo em pessoas que não apresentaram evidências de déficit cognitivo, vários estudos realizados em diferentes países demonstraram que, quanto maior a idade e menor a escolaridade, menor era a pontuação no MEEM. Pontuações inferiores a 24 indicam certa deficiência cognitiva, merecendo, portanto, investigação posterior. Além disso, as notas de corte do exame variam de acordo com o grau de escolaridade dos indivíduos avaliados. Ainda assim, existem instrumentos mais complexos e mais demorados que devem ser aplicados por profissionais habilitados e que compõem a chamada avaliação ou bateria neuropsicológica. Queixas que devem ser valorizadas: esquecimentos de fatos do dia a dia, dificuldades de orientação em caminhos ou locais habituais, dificuldades para cálculo (por exemplo, fazer troco). As informações fornecidas por familiares e cuidadores são muito importantes, pois são eles os primeiros a perceber as mudanças cognitivas (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994; Diniz, Volpe, & Tavares, 2007).

c) **deficiências sensoriais:** a visão e a audição são sentidos importantes para o idoso. Sua redução passa a ser limitante socialmente, fazendo com que diminuam seus contatos sociais por acreditar que não consegue se comunicar. Estima-se que 50% dos idosos tenham algum tipo de deficiência auditiva ou visual que comprometa a capacidade para as atividades de vida diária, aumentando o risco de declínio funcional (Bilton, *et al.*, 1995; Dellaroza, Pimenta, & Matsuo, 2007; Cinoto, *et al.*, 2006).

Mediante doenças mais graves, essas deficiências podem ser desvalorizadas e podem se tornar um importante fator de risco para a confusão mental e para as quedas.

Queixas a serem valorizadas são: dificuldade de leitura e dificuldade de entender o que lhe é dito em tom de voz normal.

d) **condições emocionais/presença de sintomas depressivos:** neste quesito é importante ressaltar que serão as vivências experienciadas, como as condições sociais e culturais em que os indivíduos estão inseridos, que poderão contribuir para um risco maior de depressão ou de outras doenças mentais. Na velhice, a depressão se manifesta de maneira atípica, dificultando seu reconhecimento (Costa, Porto, Almeida, *et al.*, 2001). Assim, é fundamental dispor de instrumentos para rastreamento da depressão em idosos. Um dos mais utilizados entre a população idosa é a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de Yesavage (Sheikh, & Yesavage, 1986). Trata-se de uma escala de fácil utilização, podendo ser aplicada inclusive por pessoal sem formação especializada, por não exigir conhecimento específico em psicopatologia (Stoppe, Jacob Filho, & Louzã Neto, 1994). Assim, um problema familiar com um membro da família, um revés financeiro, uma doença incapacitante, um susto, um acidente automobilístico, uma queda, a perda de um amigo ou ente muito querido podem servir de estopim para o início da patologia. Queixas associadas são alterações na qualidade de sono, como insônia terminal, e mudanças cognitivas, como apatia e episódios confusionais.

e) **disponibilidade e adequação de suporte familiar e social:** o idoso que possui falta de suporte e de adequação à sua vida familiar e social está mais propenso a apresentar maiores fatores de risco em relação às suas condições clínicas e ao seu estado funcional. Perguntas diretas feitas pela equipe de saúde aos envolvidos (idoso, familiar, cuidadores) ajudam a identificar pontos importantes:

- o idoso sente-se satisfeito e pode contar com familiares para ajudá-lo e resolver seus problemas?;
- o idoso participa da vida familiar e oferece seu apoio quando os outros membros têm problemas?;
- há conflitos entre as gerações que compõem a família?;
- as opiniões emitidas pelo idoso são acatadas e respeitadas pelos membros que compõem o núcleo familiar?;
- o idoso aceita e respeita as opiniões dos demais membros da família?;
- o idoso participa da vida comunitária e da sociedade em que vive?;
- o idoso tem amigos e pode contar com eles nos momentos difíceis?;

– o idoso apoia os seus amigos quando eles têm problemas?.

As queixas em geral estão relacionadas aos relatos de sentir-se sozinho ou carecer de ajuda para tarefas cotidianas.

f) **condições ambientais:** a capacidade funcional do idoso pode ser comprometida, se ele estiver em ambientes inadequados tanto dentro como fora de casa. Tornar a residência mais segura e apropriada às suas limitações garante mais independência. Retirar tapetes ou afixá-los ao chão; manter iluminação adequada; checar condições de móveis e utensílios guardados em alturas convenientes para trabalho ou leitura; usar barras de apoio no boxe do banheiro, elevadores de vasos sanitários, corrimões em escadas, instalar travas e alarmes pode diminuir a chance de acidentes domésticos. Fora de casa, utilizar sapatos baixos e de solas emborrachadas, evitar ruas mal-iluminadas, esburacadas ou acidentadas e, de preferência, ter alguém como companhia. Queixas a serem valorizadas: dificuldade de locomoção dentro de casa por haver escadas ou excesso de mobílias, criando pouco espaço de circulação; episódios de falta de ar ou tosse relacionadas a ambientes empoeirados ou à presença de animais domésticos.

g) **capacidade funcional:** é definida como a habilidade física e mental para manter uma vida independente e autônoma. Faz parte de um sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) da Organização Mundial da Saúde. A avaliação funcional requer um olhar para a mobilidade, a continência, a autossuficiência. As atividades de vida diária (AVD) compreendem todas as tarefas que o idoso precisa realizar para cuidar de si próprio. A incapacidade de executá-las implica possuir diferentes graus de dependência e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) englobam a habilidade do idoso para administrar o ambiente em que vive. Desse modo, é preciso ficar atento para qualquer queixa que possa ocorrer nos seguintes itens das AVD:

- nos cuidados pessoais: comer, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro;
- na mobilidade: andar com ou sem ajuda; passar da cama para a cadeira, mover-se na cama;
- e na continência: urinária e fecal.

E nas AIVD:

- dentro de casa: preparar a comida; fazer o serviço doméstico; lavar e cuidar do vestuário; executar trabalhos manuais; manusear medicações prescritas, manusear o telefone (dar e receber recados); manusear dinheiro;

– e fora de casa: fazer compras (alimentos, roupas); usar meios de transporte, deslocar-se (ir ao médico, a compromissos sociais e religiosos).

Os instrumentos mais conhecidos para avaliar a capacidade funcional são: Índice de Katz e Índice de Barthel para avaliar as AVD, as escalas de atividades instrumentais de vida diária de Lawton para avaliar as AIVD, além do Índice de Kenny e a Medida de Independência Funcional (MIF) (Katz, 1983; Mahoney, & Barthel, 1965; Lawton, & Brody, 1969; McDowell, & Newell, 1996; Riberto, 2001).

h) **estado e risco nutricional**: a avaliação do estado nutricional deve contemplar informações referentes a diversos fatores de risco. A perda de peso em idosos é uma queixa comum e é de fácil percepção. A importância de valorizar essa queixa reside no fato de que ela apresenta cerca de 9% a 38% de chances de mortalidade em dois a três anos para aqueles idosos que são acometidos pela perda de peso. Para valorizar essa queixa, Robbins criou dispositivos mnemônicos para a perda de peso, conhecidos como os nove Ds, para descrever as causas mais comuns na população geriátrica (Robbins, 1989). São eles: demência, depressão, doenças crônicas, disfagia, disgeusia, diarreia, drogas, dentição e dependência. Por outro lado, com o envelhecimento ocorrem mudanças importantes na composição corporal do idoso como a redução do teor de água corporal, a redução da massa corporal livre de gordura (massa muscular e óssea) e modificações na distribuição da gordura corporal (massa gorda) de modo a alterar a estrutura corporal do indivíduo, fazendo com que a gordura subcutânea de membros superiores e inferiores tendam a diminuir enquanto a gordura intra-abdominal aumenta, de tal modo que a obesidade também se revela como um problema de saúde, pois dela decorrem maiores riscos para doenças como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a cardiopatia, a dislipidemia, o diabetes, a depressão e a trombose (Guigoz, Vellas, & Garry, 1994; WHO, 1997). A avaliação da circunferência da cintura é importante para evitar o risco do aparecimento de eventos cardiovasculares; quando essa medida for igual ou maior que 80 cm para as mulheres e acima de 94 cm para os homens, torna-se preocupante (WHO, 1997). Fatores sociais como isolamento, solidão, perda de cônjuge, *status* social, pobreza, presença de doenças crônicas não transmissíveis e uso de bebida alcoólica e tabaco também devem ser avaliados, bem como se deve observar a capacidade do idoso de mastigar e engolir, se possui uma dieta rica em fibras, quais os alimentos prediletos e quais as escolhas e substituições que realiza. As queixas mais comuns relatadas ao que foi exposto são: perda de apetite, dificuldade para mastigar ou engolir, dificuldades digestivas.

Assim, devem-se reconhecer situações clínicas em que a expectativa de vida, o estado nutricional ou a preferência alimentar do paciente se sobrepõem às recomendações padrão de atendimento ao idoso.

Ainda como forma de avaliar a saúde do idoso, é necessário estar atento às imunizações já realizadas, não devendo a carteira de vacinação ser negligenciada. Queixas nesse sentido se referem ao descrédito sobre a eficácia da vacina, ao medo de eventos adversos e à crença em que a gripe é uma doença banal (Dannetun, Tegnell, Normann, Garpenholt, & Giesecke, 2003; Moura, & Silva, 2004).

Outro ponto importante diz respeito aos medicamentos prescritos. Quando possível, o fármaco prescrito pelo médico deve ser checado de acordo com os horários de tomadas, e é preciso que se observe se eles se destinam àquela patologia e também se o idoso possui facilidade em degluti-los ou em abrir os frascos. Queixas mais comuns que podem estar relacionadas ao uso de medicamentos são: tonturas, dispepsias, desarranjos intestinais, pruridos, quedas, perda da memória, confusão mental e lentidão motora. Em caso de queixas desse tipo, o médico deve ser informado para avaliar e rever uma possível troca de medicação (Prefeitura de Florianópolis, 2006).

Também a aparência deve sempre ser levada em conta: observar roupas, higiene e uso de fraldas. A pele também tem sua importância; um olhar mais atento pode nos mostrar a presença de contusões inexplicadas, de dermatites, de ceratoses seborreicas, de processos neoplásicos, de desidratação, e de estado nutricional alterado. Quando questionado, o idoso se queixará de situações específicas para justificar aquilo que foi observado e que deve ser relacionado com o que já foi descrito anteriormente. Por exemplo, hematomas em membros inferiores podem significar traumas provenientes de mobílias em locais inapropriados (Resende, Bachion, & Araújo, 2006).

Os sinais vitais como temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória podem ser indicativos de quadros clínicos mais delicados. Queixas relacionadas a isso podem ser: fraqueza, apatia, confusão mental, tremores, edema, falta de ar, dor no peito, suores noturnos, ardor ao urinar, calafrios, podendo indicar a presença de quadros infecciosos, cardíacos, respiratórios, hepáticos, entre outros (Faria, & Nedel, 2002).

Há de se notar ainda que, ao longo do processo de envelhecimento, a ocorrência de perdas sociais, cognitivas, neuromotoras e metabólicas é capaz de comprometer seriamente a qualidade de vida do indivíduo idoso, levando-o à perda de autonomia e à

dependência física, psicológica e econômica, com relação à família e à sociedade (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975).

Além de todos os comprometimentos relacionados à perda da qualidade de vida, permanece ainda a relação do idoso com a sociedade. Os idosos, muitas vezes, se sentem inferiorizados pela sociedade, considerando-se inúteis e improdutivos, um peso na vida dos familiares e amigos, gerando assim um isolamento do convívio social como forma de preservação (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994).

Considerações finais

A velhice é um processo comum a todos os seres vivos, sendo um fenômeno biológico, cultural e social. O processo de envelhecimento exige conhecimento por se tratar de um assunto complexo. Conhecê-lo é essencial para o oferecimento de um atendimento adequado aos mais velhos. O envelhecimento é biológico e natural por causa de uma série de transformações que ocorrem no corpo do indivíduo. Só esse fator, porém, é insuficiente para definir a velhice e o seu cunho histórico, sendo também um fenômeno cultural e social devido ao comportamento psicossocial dos indivíduos ao longo dos tempos, expressado e estudado por meio de atitudes, culturas, gestos e pensamentos que ocorreram em diferentes épocas.

Com o crescimento populacional, surgiram questionamentos sobre os métodos e limites para prolongarmos a vida, tratamentos, organização de instituições de atenção ao idoso, políticas públicas e aspectos previdenciários. A Avaliação Geriátrica Ampla pode ser de grande valia trazendo benefícios tanto no aspecto individual como no populacional.

Individualmente, ela complementa o exame clínico tradicional e melhora a precisão diagnóstica; determina o grau e a extensão da incapacidade (motora, mental, psíquica); identifica risco de declínio funcional; permite uma avaliação de riscos e possibilidades no estado nutricional; serve de guia para a escolha de medidas que visam restaurar e preservar a saúde (farmacoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia); identifica fatores que predisõem à iatrogenia e permite estabelecer medidas para sua prevenção; estabelece parâmetros para o acompanhamento do paciente; serve de orientação para mudanças e adaptações no ambiente em que o paciente vive, no sentido de reduzir as desvantagens e preservar sua independência (ex.:

instalação de barras de apoio nos banheiros, elevação dos assentos dos vasos sanitários, aumento da iluminação, troca de degraus por rampas) e estabelece critérios para a indicação de internação hospitalar ou em instituição de longa permanência para idosos (ILPI).

No âmbito populacional, a AGA serve como uma medida precisa em estudos clínicos com a finalidade de avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida; identificar populações de risco; incentivar investimentos em saúde, qualidade de vida e bem-estar; e estimular o planejamento de ações e políticas de saúde.

No entanto, não se pode esquecer que questionar o idoso sobre suas fragilidades não é a mesma coisa do que ouvir aquilo que ele relata espontaneamente. Deixar o idoso manifestar, com o máximo de liberdade, aquilo que ele vive diariamente e tentar relacionar com o que foi exposto anteriormente enriquecerá a Avaliação Geriátrica Ampla.

É importante lembrar que é o cuidado pelos outros que motiva atitudes e ações que mostram a sua interdependência, assim como a das suas comunidades e nações, de maneira que ninguém estaria isolado, mas sim consciente de uma fundamental alteridade.

Então, que possamos todos nos aproximar e criar laços para nos tornarmos únicos uns para os outros e, assim, sermos responsáveis por tudo aquilo que cativarmos.

Referências

- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*. São Paulo (SP): Difusão Européia do Livro.
- Bertolucci, P.H.F., Brucki, S.M.D., Campacci, S.R. & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr.*, 52(1), 1-7. São Paulo (SP): Academia Brasileira de Neurologia (ABN).
- Bilton, T.L., *et al.* (1995). Prevalência da deficiência auditiva em uma população idosa. *Mundo da Saúde*, 21(4), 218-225. São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo.
- Carilho, M.R. (2010). O cuidado como ser e o cuidado como agir. *Ex æquo*, 21: 107-114. Lisboa (Portugal): Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres (APEM).
- Cinoto, R.W., *et al.* (2006). Comparação entre qualidade de visão autorrelatada e acuidade visual em população idosa de baixa renda na cidade de São Paulo. *Arq. Bras. Oftalmol.*, 69(1), 17-22. São Paulo (SP): Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO).
- Costa, E.F.A., & Monego, E., T. (2003, dez.). Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG*, 5(2). Goiás: Universidade Federal de Goiás.

- Costa, E.F.A., Porto, C.C., Almeida, J.C., *et al.* (2001). Semiologia do Idoso. *In: Porto, C.C. (Ed.). Semiologia médica*, 165-197. (4ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan.
- Dannetun, E., Tegnell, A., Normann, B., Garpenholt, O., & Giesecke, J. (2003). Influenza vaccine coverage and reasons for non vaccination in sample of people above 65 years of age. *In: Sweden, 1998-2000. Scand. J. Infect. Dis.*, 35(6-7), 389-393. Stockholm (Sweden): Society for the Publication of Acta medica Scandinavica.
- Dellaroza, M.S.G., Pimenta, C.A.M., & Matsuo, T. (2007, maio). Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, 23(5), 1151-1160. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Diniz, B.S.O., Volpe, F.M., & Tavares, A.R. (2007). Nível educacional e idade no desempenho no mini-exame do estado mental em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiq Clín*, 34(1), 13-17. São Paulo (SP): Departamento e Instituto de Psiquiatria - Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo.
- Freitas, E.V., Miranda, R.D., & Nery, M.R. (2002). Parâmetros clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. *In: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X., Gorzoni, M.L., & Rocha, S.M. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 609-617. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Faria, L.F.C., & Nedel, L.H.B.P. . (2002). Hipertermia e hipotermia no idoso. *In: Freitas, E.V., Py, L., Neri, A.L., Cançado, F.A.X., Gorzoni, M.L., & Rocha, S.M. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 677-684. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.*, 12(3), 189-198. Philadelphia (EUA): Elsevier Inc.
- Gonçalves, L.H.T. (2008). O cuidado da pessoa idosa em seu processo saúde/doença. *In: Schwanke C.H.A., & Schneider, R.H. (Orgs.). Atualizações em Geriatria e Gerontologia: da pesquisa básica à prática clínica*. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS, (175p.).
- Guigoz, Y., Vellas, B., & Garry, P.J. (1994). Mini nutritional assessment: A Practical Assessment Tool for Grading the Nutritional State of Elderly Patients. *Facts and Research in Gerontology*, 4 (Suppl. 2), 15-59. USA: Springer Publishing Company.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living mobility and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatric Soc*, 31(12), 721. USA: Blackwell Publishing Inc.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186. Washington (EUA): Gerontological Society of America.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford (England): Oxford University Press, Physical disability and handicap, 47-121.

- Mahoney, F.I., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*, 14, 61-65. Baltimore (USA): Medical and Chirurgical Faculty of the State of Maryland.
- Matthews, D.A. (1984). Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *J Am Geriatric Soc*, 32(4), 253-258. USA: Blackwell Publishing Inc.
- Moura, M., & Silva, L.J. (2004). Pesquisa de opinião sobre as campanhas de vacinação contra a influenza no estado de São Paulo. *Bol Epidemiol Paulista*, 1: 8-10. São Paulo (SP): Secretaria de Estado de São Paulo (SES-SP).
- Moraes, E.N. (2012). *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde.
- Prefeitura de Florianópolis (2006, jul.). Secretaria de Saúde. Departamento de Saúde Pública. Assessoria de Vigilância a Saúde. *Protocolo de atenção à saúde do idoso: envelhecimento saudável em Florianópolis*. Florianópolis (SC). Recuperado em 01 janeiro, 2015, de:
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.52.34.1cfd215bb83495c0982194cf15b5f683.pdf
- Pintasilgo, M.L. (s/d). *Os valores deste milênio – Base do manifesto 2000*, Lisboa (Portugal): Arquivo MLP, 0208.002 (34 fls.).
- Regis, M.O.R., Alcântara, D., & Goldstein, G.C. de A. (2013, jun.). Prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência na cidade de São Paulo. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(2), 251-262 [Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567]. São Paulo (SP): FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18802/13985>.
- Resende, D.M., Bachion, M.M., & Araújo, L.A.O. (2006, abr.-jun.). Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Acta Paul. Enferm.*, 19(2), 168-173, São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP.
- Riberto, M., et al. (2001). Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, 1(8), 45-52. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo.
- Robbins, L.J. (1989). Evaluation of weight loss in the elderly. *Geriatrics*, 44(4), 31-34. New York: Modern Medicine Publications.
- Saint-Exupéry, A. (2006). *O pequeno príncipe*. Rio de Janeiro (RJ): Agir (pp. 72; 74).
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink, T.L. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, 165-173. NY (USA): The Haworth Press.
- Stoppe Jr., A., Jacob Filho, W., & Louzã Neto, M.R. (1994). Avaliação de depressão em idosos através da “Escala de Depressão em Geriatria”: resultados preliminares. *Rev. ABP-APAL*, 16(4), 149-153. São Paulo (SP): Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).
- World Health Organization – WHO (1995). Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. *WHO Technical Report*, Series 854.
- World Health Organization – WHO (1997). *Obesity. Preventing and managing the global epidemic*, jun. Genebra: WHO/NUT/NCD 98.1.

Recebido em 09/05/2015

Aceito em 30/06/2015

Stella Vidal de Souza Torres – Cirurgiã-Dentista (Unicamp). Mestre em Gerontologia (Unicamp). Doutoranda em Gerontologia (Unicamp). Especialista em Odontogeriatrics (Unicamp).

E-mail: svstorres@yahoo.com.br