

Avaliação Multidimensional do Idoso: resultados em um grupo de indivíduos vinculados a uma operadora de planos de saúde

*Comprehensive Geriatric Assessment: results in a group
of elders linked to a health plan operator*

*Evaluación Multidimensional del Anciano: resultados en
un grupo de individuos vinculados a una operadora de
planes de salud*

Maria Elisa Gonzalez Manso
Andreia Veloso Osti
Nelio Fernandes Borrozino
Leandro Tadeu Prazeres Maresti

RESUMO: O sistema de saúde deve ser capaz de identificar idosos com maiores necessidades de atenção, a fim de postergar ao máximo a perda da capacidade funcional. Esta pesquisa descreve os achados obtidos pela aplicação da Avaliação Multidimensional do Idoso a um grupo de pessoas acima de 65 anos vinculadas a um plano de saúde, moradoras na cidade de São Paulo, SP. O grupo pesquisado apresenta média de idade elevada, predomínio de mulheres e agravos que ocasionam comprometimento importante da capacidade funcional de seus membros.

Palavras-chave: Avaliação Geriátrica Global; Saúde da Pessoa Idosa; Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT: *The health system should be able to identify older people with greater attention needs in order to foregone as much as possible the loss of functional capacity. This study describes the findings obtained by the application of the Comprehensive Geriatric Assessment to a group of people over 65 years old linked to a health plan, living in the city of São Paulo. The studied group had a high age average, a predominance of women and injuries that caused important impairment of their functional capacity.*

Keywords: *Comprehensive Geriatric Assessment; Elderly Health; Health Services for the Elderly.*

RESUMEN: *El sistema de salud debe ser capaz de identificar a los ancianos con mayores necesidades de atención, a fin de postergar al máximo la pérdida de la capacidad funcional. Esta investigación describe los hallazgos obtenidos por la aplicación de la Evaluación Multidimensional del Anciano a un grupo de personas mayores de 65 años vinculadas a un plan de salud, residentes en la ciudad de São Paulo. El grupo investigado presenta un promedio de edad elevada, predominio de mujeres y agravios que ocasionan un compromiso importante de la capacidad funcional de sus miembros.*

Palabras clave: *Evaluación Geriátrica Global; Salud de la persona anciana; Servicios de Salud para ancianos.*

Introdução

Muito se comenta sobre o quão envelhecidas as populações mundiais se encontram. Esta longevidade pode ser analisada sob diversos ângulos, sendo que, do ponto de vista demográfico, resulta tanto da queda da taxa de fecundidade quanto da diminuição da mortalidade das populações, fenômeno encontrado inclusive em países considerados com renda baixa e média. Aliado a esta dinâmica populacional, a qual eleva a expectativa de vida das pessoas, ocorreu um incremento importante da natalidade nas duas décadas que se seguiram à Segunda Guerra Mundial - o denominado *baby boom* - fatos demográficos que, juntos, acarretam o que alguns autores denominam de “Revolução da Longevidade” (CILC, 2015).

Além da análise demográfica, o envelhecimento populacional atual é atribuído ao incremento de investimentos no setor saúde, que se iniciaram no século XIX, com ênfase na saúde pública, que contribuíram para o saneamento, a limpeza da água, o controle dos ambientes de trabalho, melhorias na nutrição e contenção das doenças infecciosas.

Aliados a estes, progressos farmacológicos, imunizações e tecnologias médicas colaboraram para a diminuição da mortalidade, principalmente infantil, propiciando aumento dos anos vividos. Somam-se a estes avanços na área da saúde, dispêndios realizados ao longo do século XX com assistência e previdência social, todos responsáveis, em conjunto, pelo aumento da expectativa de vida das populações e pela dinâmica populacional anteriormente exposta (Olshansky, Beard, & Börsch-Supan, 2012).

O envelhecimento é, portanto, uma conquista da humanidade, mas é preciso que as pessoas que envelhecem possam gozar destes anos vividos a mais. Embora o envelhecimento seja fenômeno singular, heterogêneo e multifacetado, as sociedades ainda veem o idoso de forma estereotipada: ou como um grupo de pessoas doentes, dependentes e infantilizadas; portanto, como fardo; ou como um grupo de pessoas que devem continuar e se esforçar por permanecer para sempre jovens; conseqüentemente, negando sua própria velhice (Debert, 1997). Estas duas formas de discriminação etária levam à suposição de que o envelhecimento seja sempre associado a um maior custo para a sociedade (OMS, 2015), responsabilizando única e exclusivamente o idoso por sua saúde, excluindo o papel da sociedade, economia, cultura e política no envelhecer com incapacidades.

Saúde pode ser conceituada como uma forma de andar a vida, um devir, influenciado por múltiplos determinantes, historicamente mutáveis. Pensar saúde apenas como responsabilidade pessoal restringe este construto, pois não considera, como já citado, as condições de vida, trabalho, acesso, gênero, etnia, cultura, dentre outros condicionantes que a afetam.

No idoso, esta definição de saúde assume maior importância, pois se sabe que a capacidade física funcional se altera ao longo do curso da vida, fato que pode ser observado em qualquer espécie. Do ponto de vista biológico, o nível ótimo desta capacidade é observado no começo da vida adulta e, a partir daí, declina. Este descenso é dependente tanto da biologia humana, quanto das condições sociais, econômicas e culturais que determinam o processo de adoecimento.

Em países ricos, a chamada compressão da morbidade é um fato: as pessoas mantêm sua capacidade funcional por mais tempo; já nos países de média e baixa renda, as pessoas também vivem mais, porém são acometidas por agravos e doenças que podem comprometer sua capacidade funcional, tornando-se dependentes e prejudicando sua qualidade de vida (CILC, 2015).

Mesmo dentro de um único país, grupos de idosos vivenciarão sua longevidade de formas diferentes, dependendo do acesso às políticas públicas, das condições de sua existência e trabalho e de seu modo de vida.

Capacidade funcional (CF) é a habilidade de executar tarefas do cotidiano necessárias para manter a vida com independência e autonomia. A primeira, independência, relaciona-se com a execução de atividades sem necessidade de auxílio de outrem; já a segunda, autonomia, diz respeito à manutenção da cognição, da capacidade de tomar decisões, de gerenciar a própria vida. Para a avaliação da CF, consideram-se as Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e as Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), em conjunto ou isoladamente (Câmara, Gerez, Miranda, & Velardi, 2008).

Por AVD, entendem-se funções de sobrevivência que correspondem aos níveis mais graves de deficiência nas aptidões físicas presentes em indivíduos institucionalizados e/ou fragilizados, tais como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, entre outras. As AIVD ampliam o conceito das AVD, incluindo problemas um pouco mais complexos e que tornam o indivíduo menos dependente, como fazer compras, sair sozinho, gerir seu próprio orçamento. As AAVD ampliam ainda mais o espectro, incluindo recreação e atividades sociais, que podem não indicar perdas atuais, mas perdas futuras (Paixão Junior, & Reichenheim, 2005).

Avaliar a saúde do idoso significa ir além da questão biológica e física, incluindo a avaliação do estado emocional, da saúde mental, integração social, suporte familiar e independência econômica, já que todos estes fatores afetam a capacidade funcional do idoso.

A dependência e perda de autonomia levam a um aumento do número de idosos que necessitam de cuidados de longo prazo, o que pode gerar maiores gastos com a saúde destes. Outro fator preocupante advém da mudança nos valores sociais e familiares e inserção das mulheres no mercado de trabalho, os quais afetam a disponibilidade de cuidado familiar para esses idosos. Projeções para o Brasil estimam que o número de pessoas idosas sendo cuidadas por não-familiares irá duplicar até 2020 e será cinco vezes maior em 2040, em comparação com 2008 (OECD, 2008, World Economic Forum, 2012).

É possível, entretanto, prevenir a perda de CF, não apenas com mudança de hábitos individuais, mas também com políticas públicas adequadas. Graças a estes dois fatores combinados, já se observam diminuições no número de idosos portadores de deficiências graves, das mortes por doenças cardíacas e da incidência de demências em grupos mais velhos, principalmente nos países mais ricos.

Ainda ocorre, porém, expansão de déficits mais leves e daqueles ligados às perdas de audição, visão e mobilidade em todos os países do mundo (OMS, 2015).

Outra preocupação, quando se pensa em CF dos idosos, é com a presença de multimorbidade, cujo impacto é maior do que o causado por uma única doença ou agravo isolado. O idoso pode ser afetado, principalmente, por doenças crônico-degenerativas, mas também por doenças agudas, como o *delirium*, como exemplo. No Brasil, este quadro é associado ao número elevado de acidentes, atropelamentos, quedas e outras violências, o que caracteriza a tripla carga de doenças que acomete este segmento etário (Minayo, Souza, & Paula, 2010; Schmidt, *et al.*, 2012).

O sistema de saúde deve ser capaz de identificar idosos com maiores necessidades de atenção, a fim de postergar ao máximo a perda da capacidade funcional. Para tanto, vários instrumentos foram desenvolvidos, fazendo parte do que se denomina Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI), que analisa a saúde física, a função cognitiva, o estado emocional, habilidades de mobilidade e comunicação, estado nutricional e condições socioambientais e familiares, a fim de identificar idosos em risco, prevenir desfechos indesejáveis, monitorar a saúde do idoso e avaliar quais intervenções serão mais efetivas para aquela pessoa (OPAS, 2012).

A AMI busca identificar os idosos mais vulneráveis, principalmente aqueles que apresentam manifestações atípicas de doenças, frequentemente subestimadas e atribuídas ao próprio processo de envelhecer. Além destas, a avaliação permite verificar o risco de hospitalização e institucionalização e a suscetibilidade a iatrogenias (Dias, & Rodrigues, 2015).

Tendo estas considerações como pano de fundo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, vem determinando uma série de normas a serem seguidas pelos planos de saúde comercializados no Brasil. Alguns destes possuem em sua carteira número importante de idosos e longevos, sendo que alguns chegam a ultrapassar a proporção de 11% de idosos encontrada na população brasileira, alcançando cifras de até 21% do total de clientes (Leite, 2011).

A Agência ressalta que o setor de saúde suplementar brasileiro, ao contrário do que ocorre em outros países, conhece pouco sobre os idosos a ele vinculados, o que faz com que não implemente serviços e programas de prevenção voltados especificamente para as necessidades deste público (ANS, 2012).

Assim, no ano de 2015, uma operadora de planos de saúde propôs-se a implantar um programa de atenção à saúde/doença especificamente voltado para pessoas acima de 65 anos, com foco na manutenção da capacidade funcional destas, por meio de prevenção de doenças crônicas, controle da multimorbidade e prevenção de quedas. Para tanto, realizou avaliação multidimensional de um grupo de idosos moradores na cidade de São Paulo, SP, a fim de que estes dados subsidiassem o referido Programa. Esta pesquisa descreve os achados obtidos pela aplicação da AMI a estes idosos.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, realizado em 2015, com idosos acima de 65 anos, moradores na cidade de São Paulo, SP, Brasil, usuários de uma operadora de planos de saúde.

A coleta dos dados foi realizada mediante visitas domiciliares previamente agendadas por telefone. Durante o contato telefônico, o objetivo da pesquisa foi esclarecido e foi deixado claro para estes idosos que sua participação era opcional e que sua negativa em colaborar não implicaria em nenhum tipo de prejuízo quanto ao uso do plano de saúde. Somente após este passo, as visitas foram agendadas.

Durante a visita foram aplicados os seguintes instrumentos como parte da AMI: questionário sociodemográfico desenvolvido pela equipe de pesquisadores; avaliação das AVD e AIVD consoante Escalas de Katz e Lawton, respectivamente (Dias, & Rodrigues, 2015); o Teste de Timed up and go (TUG) para verificação de risco de quedas (Leis, & Manso, 2015); a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), de Yesavage (Gomes, & Martins, 2015); Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para triagem cognitiva (Gomes, & Martins, 2015); Mini-Avaliação Nutricional (MAN) (Pascali, & Peliello, 2015); Teste de Snellen e Teste do sussurro para verificação das acuidade visual e auditiva, respectivamente (Estebez, & Crociari, 2015).

Além destes itens, foram verificados ainda: a autopercepção de saúde; o hábito de fumar; o consumo de álcool pelo Teste de Identificação de Distúrbio de Uso do Álcool (AUDIT) (SICAD, 2015); a realização de avaliação odontológica no último ano; a presença de imunizações; a qualidade do sono, a presença de doenças, e o uso de medicamentos.

Os dados coletados foram consolidados em planilha de Excel e tratados estatisticamente através do software SPSS versão 25 IBM®.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo, SP, CAAE 48116915.8.0000.0062.

Resultados

Dos 361 idosos participantes, 114 (31,6%) eram homens e 247 (68,4%), mulheres, sendo que a idade média encontrada para o grupo foi de 79,35 anos (mínimo 67 anos, máximo 104). Para os homens, a idade variou entre 67 a 94 anos e para as mulheres, de 67 a 104. Das mulheres, duas tinham 100 anos, uma referia 103 e outra, 104 anos.

Em relação à escolaridade, a quase totalidade do grupo (n= 253, 70%) mencionou ter nível superior completo. Os demais referiam ou nível médio completo ou superior incompleto.

A maioria destes idosos (n=165, 47%) viviam em relação estável com parceiro ou eram viúvos (n=151, 43%); porém, foi encontrada diferença de comportamento entre os sexos quanto à situação conjugal. Enquanto que nenhum dos homens se declarou viúvo, e apenas seis deles (1,6%) mencionaram ser solteiros ou separados, 138 mulheres (55,8%) referiram ser viúvas; 29 (8%) separadas ou solteiras; e apenas 74 (20,5%), em relação estável.

Quando inqueridos sobre sua autopercepção de saúde, 294 idosos (81%) referiram sua saúde como boa ou ótima; e apenas seis (1,6%), como péssima ou ruim.

Os resultados obtidos para as escalas de Katz e Lawton são apresentados na Tabela 1, a seguir apresentada, em que se observa que a grande maioria (n=322, 89,2%) dos idosos participantes da pesquisa são independentes para as AVD. Contudo, quando se observa a porcentagem de idosos independentes para a realização das AIVD, esta porcentagem diminui para 65,3% (n=236).

Tabela 1 - Resultados obtidos com a aplicação das escalas de Katz e Lawton, grupo de idosos vinculados a um plano de saúde, São Paulo, SP, 2015

	n	%
AVD Katz		
Independente	322	89,2
Dependência moderada	15	4,2
Dependência severa	12	3,3
Dependência total	12	3,3
Total	361	100
AIVD Lawton		
Independente	236	65,3
Independente sedentário	12	3,3
Dependência leve	19	5,3
Dependência moderada	49	13,6
Dependência grave	45	12,5
Total	361	100

Quanto à função cognitiva, 27 (7,6%) entrevistados já apresentavam o diagnóstico de demência; portanto, o MEEM foi aplicado apenas a 328 (92,4%) dos idosos do grupo. Dentre estes últimos, 278 (84,7%) apresentaram resultado normal; e 50 (15,2%), déficit cognitivo leve a moderado.

Somente 330 (91,4%) idosos aceitaram realizar a EDG. Os 31 (8,5%) que não o fizeram alegaram já ter diagnóstico de depressão, inclusive estando medicados, e que, portanto, acreditavam ser desnecessária a realização da avaliação. Entre os que a realizaram, não houve pontuação sugestiva de depressão.

Os resultados obtidos para o risco de quedas avaliado pelo TUG são mostrados na Tabela 2, a seguir, sendo que, durante as visitas, foram encontrados 12 (3,3%) idosos já acamados, excluídos da avaliação. A maioria não apresentou dificuldade de mobilidade (n=205, 58,8%), mas 57 (16,3%) idosos mostraram dificuldade moderada a grave.

Tabela 2 - Resultados obtidos com a aplicação do TUG, grupo de idosos vinculados a um plano de saúde, São Paulo, SP, 2015

TUG	n	%
Sem dificuldade de mobilidade < 10 s	205	58,8
Leve dificuldade de mobilidade < 20s	87	24,9
Dificuldade de mobilidade moderada 20-29 s	25	7,1
Dificuldade de mobilidade grave > 30 s	32	9,1
Total	349	100

O estado nutricional normal prevaleceu no grupo: n= 315 (87,2%); porém, 33 idosos (9,2%) apresentavam risco de desnutrição; e 13 (3,6%) já estavam desnutridos, dez dos quais acamados. A acuidade visual inadequada foi observada em 227 pesquisados (62,8%) e auditiva em 157 (43,4%). Observou-se ainda que estes idosos sabiam e reconheciam suas dificuldades visuais; porém, a acuidade auditiva diminuída foi negada por todos do grupo.

Somente 11 (3%) dos idosos deste grupo tinham o hábito de fumar. Quando da realização do AUDIT, um idoso (0,2%) apresentou provável dependência; quatro (1,1%) uso nocivo ou consumo de alto risco; e 5 (1,38), consumo de risco.

A maioria (n=194, 53,7%) apresentam sono por eles considerado de boa qualidade e não tomam medicamentos indutores do sono; 27 (7,5%) idosos, apesar de referir sono de qualidade, tomam fármacos indutores; e 98 (27,1%) alegam sono de má qualidade mesmo com o uso de medicação indutora.

No último ano, 329 (91,1%) realizaram avaliação odontológica; e 317 (87,8%) tomaram vacina anti-pneumocócica. Ressalva-se, entretanto, o número expressivo de idosos que não tomaram vacina anti-influenza: 280 (77,6%).

Somente um idoso (0,27%) referiu não ter nenhuma doença, aguda ou crônica. Todos os demais referiam algum tipo de enfermidade, sendo a mais frequente Hipertensão Arterial Sistêmica (n=224, 62%), seguida por Artrose (n=114, 31,6%), Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (n=84, 23,4%), Doenças Coronarianas (n=80, 22,2%), Cânceres (n=67, 18,6%), Diabetes Mellitus (n= 66, 18,3%), Acidente Vasculoencefálico (n=42, 11,6%), Depressão (n=31, 8,5%), Demência (n=27, 7,6%) e Doença de Parkinson (n=8, 2,2%), lembrando que alguns dos idosos têm mais de uma doença.

Quanto à utilização de medicamentos de uso contínuo, todos os idosos pesquisados e que referiram alguma doença utilizavam pelo menos um, sendo mais frequente a utilização de fármaco anti-hipertensivo.

O número de medicamentos tomados por estes idosos variou de um a 21 (número observado em uma única prescrição), com média de 6,57 fármacos/ dia. Destaca-se que 124 (34,3%) destes idosos utilizam algum tipo de medicação psicoativa.

Discussão

Como comentado, a composição etária dos beneficiários de planos de saúde no Brasil mostra-se mais envelhecida do que a população como um todo, sendo que a maior cobertura destes convênios é observada nas faixas etárias de 70 a 79 anos (Leite, 2011); daí, não causar espanto a média de idade encontrada neste estudo.

Analisando-se as características demográficas dos idosos vinculados ao sistema de saúde suplementar brasileiro, nota-se que as maiores coberturas pelos planos de saúde concentram-se entre as idosas do sexo feminino, principalmente na região Sudeste, o que reflete a distribuição por sexo encontrada para este grupo de idosos. Ainda em relação ao número de mulheres encontrado no grupo pesquisado, percebe-se que, entre os beneficiários de convênios médicos no Brasil, ocorre o predomínio de mulheres em todas as faixas etárias, exceto nas idades de 0 a 29 anos. Esta diferença entre os sexos torna-se maior, conforme aumenta a idade e se acentua após os 60 anos (Hernandes, Lebrão, Duarte, & Santos, 2012, ANS, 2014).

A situação conjugal encontrada para este grupo de idosos também reproduz o descrito por outros pesquisadores, que destacam a construção sociocultural que faz com que idosos homens se casem e recasem com mulheres mais jovens, enquanto que, entre as idosas, predomina a viuvez (IBGE, 2014).

Em outros estudos realizados com usuários de planos de saúde no Brasil, observou-se distribuição semelhante quanto ao sexo, faixa etária, escolaridade e situação conjugal ao grupo aqui descrito, o que parece demonstrar um certo padrão. Estes estudos analisaram idosos de diversas cidades brasileiras e vinculados a diferentes operadoras de planos de saúde, com resultados semelhantes quanto a estas três variáveis.

Há, entretanto, divergências quando se observam os idosos mais longevos: alguns estudos encontraram predomínio masculino nas idades mais avançadas e outros, como este aqui descrito, feminino. Inquéritos nacionais apontam ainda que a cobertura por planos privados é dependente da renda e é mais alta nos grupos de maior renda (Cardoso, & Costa, 2010; Hernandes, *et al.*, 2012; Manso, & Galera, 2015; Manso, 2015).

A autopercepção de saúde é indicador importante relacionado à capacidade funcional em idosos, expressando aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. Estudos demonstram que a percepção de saúde é um importante indicador de mortalidade, sendo que pessoas com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte (por todas as causas). Em estudos realizados em cidades de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, os resultados encontrados para este indicador não diferem dos obtidos para o grupo pesquisado, sendo que a maioria do idosos, independentemente da doença que os acometa, tendem a classificá-la como boa ou ótima (Borim, Barros, & Neri 2012; Borges, Kummer, Fior, Molin, & Wibelinger, 2014).

Capacidade funcional para atividades de vida diária consiste na aptidão para realização de tarefas necessárias para cuidar de si, tais como: comer, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, andar, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama, bem como apresentar controle dos esfíncteres urinário e anal. Já para as AIVD, o idoso deve ter habilidade para administrar o ambiente em que vive, preparar a comida, lavar as roupas, cuidar da casa, fazer compras, ir ao médico e comparecer a compromissos sociais e religiosos (Dias, & Rodrigues, 2015).

Pesquisas realizadas mediante avaliação das AVD e AIVD, com diversos grupos de idosos, demonstram que o maior grau de dependência é encontrado acima dos 70 anos de idade (Manso, & Galera, 2015). Neste estudo, entretanto, apesar da elevada média de idade, a maioria dos idosos mostraram-se independentes nas AVD, média não reproduzida para a aferição das AIVD. Estas últimas, relacionam-se com a perda de autonomia, o que pode significar que estes idosos já necessitem de auxílio para administrar seus recursos financeiros, fazer compras, lidar com seus afazeres domésticos e tenham prejuízo quanto à sua vida social.

O MEEM permanece sendo o instrumento de rastreio do estado cognitivo mais utilizado em todo o mundo, isoladamente ou em conjunto com outros instrumentos mais amplos. Rápido e de fácil aplicação, avalia vários domínios como orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho.

Não se trata de um teste-diagnóstico, mas sim de rastreio, como dito, indicando funções que necessitam ser melhor investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira. Os pontos de corte utilizados por esta pesquisa foram os padronizados e adaptados ao grau de escolaridade mencionado pelos participantes (Mota, Banhato, Silva, & Cupertino, 2008; Gomes, & Martins, 2015).

Quando da aplicação do MEEM ao grupo de idosos pesquisados, foram encontrados 50 idosos com déficit cognitivo moderado a grave; portanto, com risco para desenvolvimento de demência. É difícil estabelecer comparações entre os resultados obtidos para os participantes desta pesquisa com o descrito na literatura, pois, como o instrumento tem ponto de corte relacionado ao grau de instrução, e, neste grupo, todos tinham no mínimo, ensino médio completo, não se encontrou população semelhante. Há pesquisas que demonstram prevalência de declínio cognitivo que variam de 36,5%, município de Viçosa, Minas Gerais, até 48,27% para idosos com nível universitário no sul do país. De qualquer forma, a porcentagem de déficit cognitivo encontrado para o grupo pesquisado foi abaixo do citado pela literatura. Ressalta-se que alguns pesquisadores têm apontado que a utilização do MEEM em pessoas saudáveis não teria efeito preditor do declínio cognitivo, detectando apenas déficits já presentes (Mota, *et al.*, 2008, Machado, Ribeiro, Mitre, & Leal, 2011).

A Depressão ocorre com frequência na população idosa e constitui problema grave. A Escala de Depressão Geriátrica (EDG), de Yesavage, é o instrumento mais empregado para avaliar sintomas depressivos em populações geriátricas, sendo usada em pesquisa e em contextos clínicos. Validada e adaptada para o Brasil, pode ser utilizada em duas versões: completa com 30 questões (EDG 30) e resumida com 15 questões (EDG 15), sendo esta última a utilizada nesta pesquisa. Apesar de não haver consenso na literatura, autores apontam ser a EDG-30 mais sensível e fidedigna que a EDG-15 (Sousa, Medeiros, Moura, Souza, & Moreira, 2007). Nenhum dos idosos participantes desta pesquisa apresentou pontuação na EDG significativa de depressão, mas não se pode afastar que tenha havido pouca sensibilidade do instrumento empregado.

Por outro lado, 31 (8,5%) dos idosos participantes já tinham diagnóstico de depressão e estavam medicados com antidepressivos. Estudos apresentam prevalência de depressão na população idosa residente na comunidade entre 13,23% e 50%, níveis bem mais elevados que os encontrados nesta pesquisa.

Esta menor prevalência pode ser explicada pelas características do próprio grupo, já que alguns dos fatores considerados como preditores de depressão em idosos, tais como: baixa escolaridade, co-morbidades psiquiátricas e condições socioeconômicas, de acesso a serviços de saúde e de moradia adversas, não foram identificados no grupo (Pinho, Custodio, & Makdisse, 2009; Roesler, Sousa, Ferreira, & Peixoto, 2012).

Quedas são um importante problema de saúde pública, que pode trazer consequências gravíssimas para a qualidade de vida do idoso. As quedas, na população idosa brasileira, são a primeira causa de acidentes em pessoas acima de 60 anos, e respondem por até 70% das mortes acidentais em pessoas com 75 anos ou mais, sendo que, à medida que o idoso se torna mais idoso, a queda se torna mais frequente (Minayo, *et al.*, 2010). Uma das consequências da queda é a fratura, principalmente a de quadril, mas a perda da independência, o isolamento social, a institucionalização e o medo de cair novamente também são importantes (Santos, Borges, & Menezes, 2013).

O Timed Up and Go (TUG) é um instrumento já validado no Brasil, de domínio público, de fácil aplicação e baixo custo. Serve como preditor do risco de quedas, avaliando potência, velocidade, agilidade e equilíbrio, mediante a análise da mobilidade funcional ao levantar-se de uma cadeira sem braços, caminhar por três metros, girar, voltar e sentar-se. Todos estes passos são cronometrados. Como já citado para outras escalas, a aplicação do TUG como preditor do risco de quedas em idosos é controversa: enquanto que a maior parte da literatura o recomenda, alguns estudos demonstram sua incapacidade de prever o risco em uma população saudável (Campos, Vianna, & Campos, 2013; Leis, & Manso, 2015).

No grupo pesquisado, apesar de a maioria não apresentar dificuldade, quase metade dos idosos participantes apresentavam restrições de mobilidade, o que indica significativo risco de quedas para estes idosos.

O processo de envelhecimento traz consigo uma série de mudanças fisiológicas e metabólicas que fazem com que o idoso ingira menos alimentos, tenha digestão dificultada e alterações das necessidades nutricionais. Aliadas a estas, questões relacionadas à perda do poder aquisitivo, efeitos colaterais de medicamentos, agravos emocionais, presença de doenças crônicas e comprometimento da capacidade funcional podem piorar o quadro nutricional e causar desnutrição (Pascali, & Peliello, 2015).

A desnutrição no idoso está associada à maior mortalidade, ao aumento da susceptibilidade a infecções e agravamento de manifestações clínicas associadas a inúmeras doenças.

Estudos demonstram risco de desnutrição e desnutrição em idosos que variam entre 48% a 3%, sendo os maiores índices encontrados em idosos institucionalizados (Sousa, & Guariento, 2009; Paz, Fazzio, & Santos, 2012). No grupo aqui pesquisado, poucos idosos apresentavam risco de desnutrição em comparação com a literatura, mas o número de desnutridos foi elevado. Quase todos os idosos identificados com desnutrição, ressaltam-se, encontravam-se acamados, o que pode denotar dificuldade de suas famílias em cuidar destes idosos.

Esta pesquisa utilizou a ferramenta MAN em versão reduzida, que avalia o risco nutricional a partir da análise da diminuição de ingestão alimentar, perda de peso, mobilidade, aspectos psicológicos e índice de massa corporal. Este instrumento identifica indivíduos em risco de desnutrição ou sobrepeso e é método simples, rápido de ser aplicado e validado (Pascali, & Peliello, 2015).

A senescência, envelhecimento fisiológico, impacta em vários sistemas do organismo, sendo que o sistema sensorial, principalmente visão e audição, é um dos primeiros a ser afetado (Lisboa, & Perossi, 2015). Além das perdas fisiológicas, doenças oculares, tais como a catarata, também tem sua prevalência aumentada com o passar dos anos. Levantamentos epidemiológicos realizados com idosos demonstram que até 80% destes podem apresentar acuidade visual e/ou auditiva comprometidas, estatística que aumenta conforme o idoso se torna mais longevo. Nesta pesquisa, encontramos comprometimento da acuidade visual e auditiva dentro dos padrões descritos na literatura (Menezes, & Bachion, 2012). Quanto à perda auditiva, vale ressaltar estudos que demonstram a dificuldade do idoso em reconhecê-la e aceitá-la (Scheffer, & Fialho, 2009).

O tabagismo vem diminuindo em todo o mundo, sendo que o número de idosos pesquisados que fumam encontra-se dentro dos padrões encontrados para a população brasileira em geral (Vigitel, 2014). Por outro lado, preocupa os achados relacionados ao consumo abusivo de álcool. Os transtornos relacionados ao consumo abusivo de álcool são comuns em idosos, porém nem sempre detectados e, frequentemente, subestimados. O alcoolismo, neste segmento etário, encontra-se relacionado à depressão, déficits nutricionais, quadros demenciais, quedas e aumento do risco cardiovascular (CISA, 2015).

A qualidade e quantidade do sono se altera com o passar dos anos, mas modificações em determinadas fases parecem estar relacionadas à depressão e maior risco para desenvolvimento de demências (Lisboa, & Perossi, 2015).

Ressalva-se o elevado número de idosos que utilizam medicamentos indutores do sono, mesmo quando apresentam sono de qualidade, o que denota uso irracional destas medicações pelo grupo. O uso de medicamentos indutores de sono associa-se a um maior risco de quedas, iatrogenias e reações adversas de medicamentos em idosos (Manso, Biffi, & Gerardi, 2015).

A saúde bucal nos idosos impacta tanto nos aspectos funcionais, quanto sociais e emocionais. Isolamento social, depressão, sedentarismo, dor e desnutrição são alguns destes aspectos frequentemente apontados. A piora da saúde bucal ocorre tanto por reflexo de deficiências no cuidado ao longo da vida, quanto consequentemente ao comprometimento da capacidade funcional; ressalta-se, porém, que muitos idosos não têm ou não tiveram, quando jovens, acesso ao tratamento odontológico necessário ou adequado, o que pode ocasionar desdentação e elevados índices de idosos usuários de próteses, totais ou parciais. A utilização de próteses deve sempre estar associada a uma limpeza rigorosa, a fim de evitar que restos de comida se acumulem, já que o ambiente bucal favorece o crescimento de microorganismos, causando estomatites e outras afecções (Moimaz, Santos, Pizzatto, Garbin, & Saliba, 2004; Domingos, Moratelli, & Oliveira, 2011).

A avaliação odontológica neste segmento etário tem, principalmente, a função de prevenir afecções bucais e de auxiliar o idoso na manutenção da saúde bucal; daí, ter sido um dos itens inqueridos nesta pesquisa. Os índices encontrados nesta pesquisa reforçam o quanto a acessibilidade interfere na avaliação da saúde bucal deste segmento etário, já que praticamente a totalidade destes indivíduos fazem avaliações anuais.

A senescência relaciona-se à imunosenescência, o que torna o sistema imunológico do idoso mais frágil; daí, a importância da vacinação nesta faixa etária, prevenindo o desencadeamento de doenças infecciosas potencialmente graves. O Ministério da Saúde brasileiro recomenda a vacinação do idoso contra influenza e a vacina pneumocócica 23-valente, administradas durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza (Ministério da Saúde, 2015). O fato de esta pesquisa ter encontrado número elevado de idosos que receberam vacina contra pneumococo e poucos idosos vacinados contra influenza nos parece uma falha do trabalho, pois as duas vacinas são aplicadas em conjunto durante a campanha de vacinação ou, ainda, pode traduzir fatores culturais relacionados ao uso da vacina da gripe que interferem na cobertura vacinal, o que demanda maior investigação (Silva, & Menandro, 2013).

O envelhecimento não implica necessariamente no aparecimento de doenças, mas a idade é um fator de risco importante para o desencadeamento de afecções crônicas. As doenças referidas pelos participantes desta pesquisa seguem a distribuição encontrada para o Brasil como um todo, sendo a hipertensão arterial a doença mais prevalente (Schmidt, *et al.*, 2012).

Apesar de vários idosos apresentarem mais de uma doença, nota-se importante medicalização neste grupo, com um idoso chegando a fazer uso de 21 medicamentos prescritos diferentes, com média de seis fármacos/dia. Nota-se que aqui foram registrados apenas os medicamentos prescritos utilizados, não o número de tomadas/dia, já que um único medicamento pode ser utilizado mais de uma vez ao dia, nem a presença de automedicação, o que torna o achado ainda mais preocupante. Estudos demonstram ser os idosos o grupo que mais utiliza medicamentos no Brasil, sendo que o setor de saúde suplementar não foge deste padrão. A polifarmácia associa-se a um número importante de iatrogenias e desencadeamento de efeitos colaterais e reações adversas em idosos, comprometendo sua funcionalidade (Manso, Biffi, & Gerardi, 2015).

Conclusão

O grupo pesquisado apresenta padrão demográfico semelhante ao encontrado para outras pesquisas realizadas com idosos usuários de planos de saúde. Encontrou-se média de idade elevada, predomínio de mulheres e alta escolaridade.

É um grupo em situação de risco para comprometimento importante de sua capacidade funcional, já que se denotam dificuldades importantes na realização de AIVD, déficit cognitivo moderado a grave e risco para quedas. Acrescente-se a estes a presença de polifarmácia e de uso de psicoativos, o que torna os achados desta pesquisa preocupantes e relevantes para os objetivos propostos.

As limitações deste estudo referem-se ao próprio grupo pesquisado, o qual não é representativo da população como um todo. Destaca-se ainda a necessidade de aprofundar a análise estatística destes dados, já que se trata de um estudo descritivo que levantou vários pontos que necessitam de melhor investigação. Algumas das variáveis estudadas devem ser melhor analisadas à luz de segmentações por idade e sexo, como exemplo.

Apesar destas limitações, a pesquisa atingiu seu objetivo, pois a operadora de planos de saúde aproximou-se um pouco mais da realidade de seus usuários, podendo estabelecer ações de prevenção, num primeiro momento, voltadas a minimizar alguns dos riscos detectados.

Referências

- ANS. (2012). Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dados Gerais ANS*. Recuperado em 19 julho, 2014, de: <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>.
- ANS. (2014). Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, RJ: ANS.
- Borges, G. S., Kummer, J. A., Fior, L., Molin, V. D., & Wibelinger, L. M. (2014). Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 17(1), 79-86. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>.
- Borim, F. S. A., Barros, M. B. A., & Neri, A. L. (2012). Autoavaliação de Saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Cadernos de Saúde Pública, 28(4), 769-780. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>.
- Câmara, F. M., Gerez, A. G., Miranda, M. L. de J., & Velardi, M. (2008). Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta fisiátrica*, 15(4), 249-256. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103005>.
- Campos, M. S., Vianna, L. G. & Campos, A. R. (2013). Os testes de equilíbrio, Alcance Funcional e “Timed Up and Go” e o risco de quedas em idosos. São Paulo: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 16(4), 125-138. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: [file:///C:/Users/Dados/Downloads/19633-49570-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dados/Downloads/19633-49570-1-SM%20(1).pdf).
- Cardoso, J. H., & Costa, J. S. D. (2010). Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2871-2878. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600024>.
- CILC. (2015). Centro Internacional Longevidade Brasil. *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta a uma Revolução da Longevidade*. Rio de Janeiro, RJ: CILC. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: http://ilcbrazil.org/portugues/wpcontent/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-MarcoPol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf.
- CISA. (2015). Centro de Informações sobre saúde e álcool. *Alcoolismo na terceira idade*. Recuperado em 05 janeiro, 2015, de: <http://www.cisa.org.br/artigo/5915/-alcoolismo-na-terceira-idade.php>.

Debert, G. G. (1997). Envelhecimento e Curso da Vida. *Rev Estudos Feministas*, 5(1), 2-9. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <file:///C:/Users/Dados/Downloads/12564-38735-1-PB.PDF>.

Dias, A. L., & Rodrigues, T. C. (2015). Avaliação da Capacidade Funcional. In: Manso, M. E. G. & Biffi, E. C. A. (Orgs.). *Geriatría, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo, SP: Martinari.

Domingos, P. A. S., Moratelli, R. C., & Oliveira, A. L. B. M. (2011). Atenção Odontológica Integral Ao Idoso: Uma Abordagem Holística. *Rev. Odontol. UNICID*, 23(2), 143-153. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2011/unicid_23_02.pdf.

Estebez, E. S., & Crociari, N. P. (2015). Anamnese e Exame Físico do Idoso. In: Manso, M. E. G., & Biffi, E.C.A. (Orgs.). *Geriatría, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo. SP: Martinari.

Gomes, L. M. C., & Martins, L. N. S. L. (2015). Avaliação Cognitiva e do Humor. In: Manso, M. E. G. & Biffi, E. C. A. (Orgs.). *Geriatría, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo, SP: Martinari.

Hernandes, E. S. C., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., & Santos, J. L. F. (2012). Idosos com e sem plano de saúde e características socioepidemiológicas associadas. *Rev Saúde Pública*, 46(6), 1030-1038. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v46n6/13.pdf.

IBGE. (2014). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010*. Recuperado em 19 julho, 2014, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte_seindicisociais2010/SIS_2010.pdf.

Leis, D. F., & Manso, M. E. G. (2015). Avaliação da Marcha, Equilíbrio e Atividade Física no idoso. In: Manso, M. E. G., & Biffi, E. C. A. (Orgs.). *Geriatría, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo, SP: Martinari.

Leite, F. (2011). *Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde*. São Paulo, SP: IESS.

Lisboa, I. A. S. T. & Perossi, J. T. (2015). O processo normal de envelhecer. In: Manso, M. E. G., & Biffi, E. C. A. (Orgs.). *Geriatría, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo, SP: Martinari.

Machado, J. C., Ribeiro, R. C. L., Mitre, R. M. C., & Leal, P. F. G. (2011). Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 14(1), 109-121. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100012>.

Manso, M. E. G. (2015). *Saúde e Doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido*. São Paulo, SP: Max Limonad.

Manso, M. E. G., & Galera, P. (2015). Perfil de um Grupo de Idosos participantes de um Programa de Prevenção de Doenças Crônicas. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento UFRGS*, 20(1), 57-71. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/41264/34921>.

Manso, M. E. G., Biffi, E. C. A., & Gerardi, T. J. (2015). Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(1), 151-164. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14056>.

Menezes, R. L., & Bachion, M. M. (2012). Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Rev Bras Oftalmol*, 71(1), 23-27. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72802012000100005>.

Minayo, M. C. S., Souza, E. R., & Paula, D. R. (2010). Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2719-2728. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600010>.

Ministério da Saúde. (2015). *PNI Programa Nacional de Imunizações*. Recuperado em 05 janeiro, 2015, de: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/>.

Moimaz, S. A. S., Santos, C. L. V., Pizzatto, E., Garbin, C. A. S., & Saliba, N. A. (2004). Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. *Ciênc Odontol Bras*, 7(3), 72-78. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://ojs.ict.unesp.br/index.php/cob/article/view/444>.

Mota, E., Banhato, E. F. C., Silva, K. C. A., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Triagem cognitiva: comparações entre o mini-mental e o teste de trilhas. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 353-359. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a04v25n3>.

OECD. (2008). Organisation for Economic Co-Operation and Development. Health Working Paper n.º 32. *The Prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases: an Economic Framework*. Genebra, Suíça: OECD.

Olshansky, S. J., Beard, J., & Börsch-Supan, A. (2012). The Longevity Dividend: Health as an Investment. In: *Global Population Ageing: Peril or Promise?* Recuperado em 24 setembro, 2012, de: <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>.

OMS. (2015). Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra, Suíça: OMS. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.

OPAS. (2012). Organização Pan-Americana de Saúde. *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

Paixão Jr., C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100002&script=sci_abstract.

Pascali, C., & Peliello, L. C. (2015). Avaliação Nutricional. In: Manso, M. E. G., & Biffi, E. C. A. (Orgs.). *Geriatrics, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo, SP: Martinari.

Paz, R. C., Fazzio, D. M. G., & Santos, A. L. B. (2012). Avaliação Nutricional em Idosos Institucionalizados. *Revisa*, 1(1), 9-18. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/6>.

- Pinho, M. X., Custódio, O., & Makdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, *12*(1), 123-140. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2009120111>.
- Roesler, E. S., Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm*, *46*(6), 1387-1393. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600015>.
- Santos, F. P. V., Borges, L. L., & Menezes, R. L. (2013). Correlação entre três instrumentos de avaliação para risco de quedas em idosos. *Fisioter Mov.*, *26*(4), 883-894. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n4/a17v26n4.pdf>.
- Scheffer, J. C., & Fialho, I. M. (2009). Itinerários de Cura e Cuidado de Idosos com Perda Auditiva Saúde. *Soc. São Paulo*, *18*(3), 537-548. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v18n3/17.pdf.
- Schmidt, M. I, Duncan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., Barreto, S. M., Chor, D., & Menezes, P. R. (2012). *Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios*. Saúde no Brasil 4, Séries. Recuperado em 09 junho, 2012, de: www.thelancet.com.
- SICAD. (2015). *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*. Serviço Nacional de Saúde. Recuperado em 05 janeiro, 2009, de: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/Instrumentos.aspx>.
- Silva, S. P. C., & Menandro, M. C. S. (2013). Representações de idosos sobre a vacina da gripe. *Ciênc. Saúde Coletiva*, *18*(8), 2179-2188. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800002>.
- Sousa, R. L., Medeiros, J. G. M., Moura, A. C. L., Souza, C. L. M., & Moreira, I. F. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr*, *56*(2), 102-107. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000200005>.
- Sousa, V. M. C., & Guariento, M. E. (2009). Avaliação do idoso desnutrido. *Rev Bras Clin Med*, *7*, 46-49. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a46-49.pdf>.
- Vigitel. (2014). *Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- World Economic Forum. (2012). *Global Population Ageing: Peril or Promise?* Recuperado em 24 setembro, 2012, de: <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>.

Recebido em 28/02/2018

Aceito em 30/03/2018

Maria Elisa Gonzalez Manso - Doutora em Ciências Sociais e Mestre em Gerontologia Social. Pós-doutoranda em Gerontologia, com concentração em Gerontologia Social. Médica e bacharel em Direito. Professora convidada, COGEAE. Pesquisadora grupo CNPq-PUC-SP Saúde, Cultura e Envelhecimento. Atua no Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-5446-233X>.

E-mail: mansomeg@gmail.com

Andreia Veloso Osti - Enfermeira. Mestranda em Gerontologia com concentração em Gerontologia Social PUC-SP.

E-mail: andreiaosti@hotmail.com

Nelio Fernandes Borrozino - Enfermeiro. Mestrando em Gerontologia com concentração em Gerontologia Social PUC-SP.

E-mail: neliofb@gmail.com

Leandro Tadeu Prazeres Maresti – Enfermeiro. Tem experiência com ênfase em Prevenção, Promoção da Saúde. Atua na empresa Informar Saúde Teleorientações.

E-mail: leandrotadeuprazeresmaresti@gmail.com