

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA ABRANGENTE DE IDOSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

O estudo abrangeu setenta idosos selecionados aleatoriamente. A coleta de dados realizou-se em abril de 2002, mediante entrevista, observação e exame físico, contemplando a avaliação física, mental, funcional e social. Na avaliação social, 93% recebiam de 01 a 04 salários-mínimos; 58,6% eram analfabetos e coabitavam com 2 a 5 pessoas; 63%, casados; 30% viúvos. Na avaliação física, destacaram-se a hipertensão arterial em 82% e a obesidade em 64,3%. Os déficits auditivo e visual, respectivamente, em 33% e 81% deles. O padrão de sono alterado se apresentou em 56%. As alterações urinárias e intestinais, respectivamente, em 28% e 25%. A avaliação funcional demonstrou que a maioria é independente na realização das atividades da vida diária: higienizar-se (94,3%), alimentar-se (98,6%), vestir-se (88,6%), locomover-se (91,4%) e comunicar-se (45,7%). As atividades instrumentais da vida diária em 47,1% deles. Na avaliação mental, a função cognitiva alterou-se em 56% dos idosos e 46% tinham depressão.

Palavras- chave: Geriatria. Terceira Idade. Doenças da Velhice

COMPREHENSIVE GERIATRIC EVALUATION OF THE ELDERLY TREATED AT A FAMILY HEALTH UNIT.

ABSTRACT:

The study included seventy elderly patients who were randomly selected. Data was collected in April, 2002, by appointment, observation and physical examination, contemplating physical, mental, functional and social evaluation. In the social Evaluation, 93% received 01 to 04 minimal salaries; 58,6% were illiterate and lived with two to five people; 63% were married; 30% were widow(er)s. In the physical evaluation, high blood pressure was observed in 82% and obesity in 64,3% of them. Concerning auditive and vision deficits, 33% and 81%, respectively, were found to have them. Sleeping problems were present in 56%. There were urine and intestine disturbances in 28% and 25%, respectively. The functional valuation showed that most of them are independent in daily activities, for example: hygiene habits (94,3%), eating (98,6%), dressing (88,6%), moving (91,4%) and communicating (45,7%).

There was instrumental activity of daily life in 47,1% of them. In the mental evaluation, cognitive function had changed in 56% of the elderly and 46% had depression.

Key words: Geriatrics. Elderly. Diseases of the Elderly

INTRODUÇÃO

Um notável fenômeno está ocorrendo em todo o mundo: idades mais avançadas estão se tornando mais comuns. Em muitos países, o grupo que cresce mais rapidamente é o de idade mais avançada. Isso ocorre mesmo em países como o México, em que o grupo de quinze anos e menos tem o dobro do tamanho e a expectativa de vida ao nascimento é cerca de cinco anos inferior a dos EUA e a do Canadá. Desde 1950, o grupo de 65 anos ou mais passou de oito para 13% da população geral nos EUA. Até 2020, prediz-se que esse segmento populacional aumente mais 50%, de modo que um total de 50 milhões de pessoas sobreviva até, pelo menos, os 65 anos (Finch e Schneider, 1997).

No Brasil, segundo estatísticas do Ministério da Saúde, a faixa etária de sessenta anos ou mais é a que mais ascende em termos proporcionais, já que, em 2025, a faixa etária dos idosos crescerá dezesseis vezes em relação à população total, que só cresceu cinco vezes nesse mesmo período, o que nos colocará, em termos absolutos, como a sexta população de idosos do mundo. Isso representa 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Esse crescimento tem sido motivo de grande interesse dos estudiosos do envelhecimento populacional, de vários países do mundo (Brasil, 1995).

Entre os fatores responsáveis pelo crescente aumento da população idosa, em nosso país, destaca-se a diminuição expressiva dos níveis de fecundidade, em todas as classes sociais, com uma diminuição do número médio de filhos das mulheres brasileiras, que ocorreu num contexto em que expressivas parcelas da população nacional situam-se no limiar da pobreza, além de estarem afastadas das *benesses* do mercado formal de trabalho, do sistema educacional e de outras políticas sociais que contribuem para a redução da fecundidade (Moreira, 1998).

Na atualidade, verifica-se, como aspecto que contribui para o envelhecimento populacional, o desenvolvimento tecnológico, principalmente em países

desenvolvidos, mas que, também, é observado em nosso contexto, onde houve melhoria da qualidade de vida, assistência à saúde disponível, seja através de planos privados de saúde, seja através de Programas do Governo, a exemplo do Programa Saúde da Família (PSF), acesso aos medicamentos na rede pública, melhoria das condições de saneamento básico, atenção para imunização e controle das doenças crônicas e infecto-contagiosas.

O aumento proporcional da população idosa, em nível mundial e nacional, requer mais do que recursos, carecendo de uma conscientização dos profissionais de saúde no atendimento diferencial a essa população que, comprovadamente, demanda diversos recursos diagnósticos e terapêuticos (Duarte, 2001). Apesar disso, nosso país ainda não está preparado para dar assistência de qualidade e adequada aos idosos. Não há, por exemplo, geriatras em quantidade suficiente para atender os pacientes idosos, sendo esses atendidos por clínico geral, cardiologista, neurologista e outros (Levy, 2001). Cabe destacar que, tanto o envelhecimento como as alterações da saúde que os tem como fator determinante implica que o idoso deve receber uma atenção multidimensional por profissionais capacitados para tal assistência.

Para receber o idoso na Unidade de Saúde da Família (USF), a equipe multiprofissional deve estar preparada para entender o processo de envelhecimento nas suas múltiplas dimensões e, a partir daí, propor ações específicas em saúde, já que a probabilidade de adoecer aumenta com a idade, e compreender que os problemas de saúde evidenciados pelos idosos, em geral, são oriundos, concomitantemente, de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Paschoal, 1996). Destaca-se, também, que, a pouca discussão acerca dos determinantes sócio-econômicos do processo de saúde e enfermidade dos idosos, em nossos cursos universitários, centrados, ainda, num modelo hospitalocêntrico e biomédico, constitui-se numa das principais causas da inadequada abordagem da saúde do idoso (Brasil, 1995).

O despreparo das instituições públicas para atender os idosos é ressaltado pelo próprio Ministério da Saúde (1997) ao afirmar que o aumento nos gastos do setor saúde decorrente do maior número de idosos, principalmente com incapacidades, não se tem traduzido em melhoria das condições apresentadas por esses indivíduos. Técnicos do Ministério da Saúde (1997) também expressam a ineficiência da abordagem clínica

tradicional, base do Modelo Médico vigente, para um diagnóstico e tratamento acurados dos idosos, pois muitos dos problemas típicos do envelhecimento considerados “gigantes da geriatria” (insuficiência cerebral, imobilidade, incontinência urinária, instabilidade postural e quedas, além das iatrogenias) apresentam uma alta prevalência de não identificação, no âmbito da avaliação do idoso, realizada pelos profissionais de saúde.

Considerando as questões expostas, evidencia-se que o cuidado com o idoso deve ser algo diferenciado, o que implica, portanto, na idealização ou utilização de modelos de atenção multidimensional que considerem suas características peculiares, pois, no geral, o idoso apresenta doenças múltiplas que lhe determinam limitações funcionais e psicossociais.

Uma avaliação holística do idoso inclui a análise de seu funcionamento físico, mental e social; por isso permite que a atenção ao idoso seja concentrada, não só na doença, mas no quanto ela afeta sua capacidade funcional no ambiente em que ele vive (Levy, 2001). Desse modo, a avaliação geriátrica abrangente ou global do idoso é uma estratégia que deve ser utilizada, pelos profissionais de saúde, em qualquer contexto da assistência a ele (hospitalar, comunitário e familiar), por permitir identificar o seu perfil de saúde-doença e habilidade funcional de forma mais criteriosa e ampla.

Não obstante, especialmente no âmbito da Unidade de Saúde da Família, a avaliação dos idosos realizada pelos profissionais de saúde nem sempre contempla os variados aspectos físicos, funcionais, mentais e sociais envolvidos na etiologia de seus problemas. Esse fato implica um conhecimento superficial desses profissionais e do serviço acerca da situação saúde-doença e da capacidade funcional dos idosos nesse contexto ambiental, bem como, inviabiliza um planejamento estratégico de ações sociais e de saúde para esses indivíduos, norteados por suas necessidades específicas. Considerando o exposto, este estudo visou ao alcance do seguinte objetivo:

**Realizar uma avaliação geriátrica abrangente de idosos atendidos numa
Unidade de Saúde da Família.**

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo exploratório desenvolvido na área de abrangência da USF I, zona urbana do município de Tavares-Pb. Nessa unidade de saúde, existem 1037 famílias cadastradas, distribuídas em dez micro-áreas. A assistência à saúde a essas famílias é efetivada pelos próprios pesquisadores (médico e enfermeira), com colaboração de dez agentes comunitários de saúde (ACS), sendo seis lotados na zona urbana e quatro na zona rural.

A população do estudo compreendeu 424 idosos residentes na área de abrangência da USF mencionada. A amostra investigada contemplou setenta idosos (16,5% dessa população) selecionados de forma acidental, ou seja, aqueles idosos atendidos no serviço, no período da coleta de dados, que aceitaram participar do estudo, após esclarecimento dos seus propósitos e procedimentos realizados, conforme preconizado pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que versa sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

O instrumento de coleta de dados se constituiu de um roteiro de entrevista estruturado, baseado nas dimensões para avaliação multidimensional do idoso: avaliação social, física, funcional e mental. Na construção deste instrumento, foram incluídas escalas já validadas e bastante utilizadas na avaliação de algumas dimensões biopsicossociais do idoso como o Mini-Exame do Estado Mental (*Minimental State Examination*) de Folstein et al. citado por Bertolucci (2000), a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983) e a Escala de Risco Nutricional descritas por Canteira e Domingo (1998).

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

I- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

Idade: _____ Sexo: M () F ()

II- AVALIAÇÃO FÍSICA:

Diagnósticos/Doença de Base: _____

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ Kg/h²

PA: _____ x _____ mmHg

Déficit Auditivo:

() Não () Sim.

Déficit Visual:

() Não () Sim.

Alterações Vasculares Periféricas:

Varizes: () Sim () Não

Alterações Neurológicas:

Sono: Normal () Insônia () Sono interrompido () Hiperssonia ()

Alterações Musculoesqueléticas:

Dor articular () Sim () Não () Discreta () Limitante

Alterações na Eliminação:

*Urinária: Contínua () Incontinente () Disúria ()

*Intestinal: () Normal () Incontinente () Constipação () Diarréia

Boca:

() Edentado () Uso de prótese () Dentes Naturais

() Má higienização de dentes restantes ou de dentaduras

Uso de Medicamentos: () Sim () Não. Especifique:

Em caso afirmativo responda:

() Uso contínuo () Uso Temporário () Auto-medicação () Receita Médica

() Indicação Farmacêutica () Indicação de Familiares ou Amigos

Toma a medicação sozinho(a) ? () Sim () Não. Por quê?

III- AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:

ESCALA DE RISCO NUTRICIONAL(adaptada por CANTERA; DOMINGO, 1998)

MARQUE APENAS AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS - SIM	
Sofre de doença que fez modificar o tipo ou a quantidade de sua alimentação	02 ()
Consome menos de 02 refeições diárias	03 ()
Consome poucas frutas, verduras e produtos lácteos	02 ()
Consome bebida alcoólica diariamente	02 ()
Tem problemas dentários ou bucais que dificultam a alimentação	02 ()
Nem sempre dispõe de dinheiro suficiente para adquirir os alimentos	04 ()
Come só, na maioria das vezes	01 ()
Consome 03 ou mais medicamentos ,com receita ou não, por dia	01 ()
Perdeu ou aumentou 5Kg nos últimos 06 meses	02 ()
Nem sempre encontra-se em condições físicas para fazer compras, Cozinhar ou alimentar-se	02 ()
Pontuação: 0-2→ Ausência de Risco 3-5→ Risco Moderado 6 ou mais→ Alto Risco	

IV- HABILIDADE FUNCIONAL

Atividades da Vida Diária

(A) Com facilidade (B) Com dificuldade (C) Com ajuda (D) Não realiza

Higiene Pessoal

- () Higiene oral
- () Pentear-se
- () Banho
- () Uso de sanitário

Alimentação

- () Alimenta-se sozinho
- () Serve-se sozinho

Vestuário

- () Veste-se
- () Despe-se
- () Calça sapatos

Mobilidade e Locomoção

- () Caminha
- () Sobe e desce escadas
- () Deita-se
- () Levanta-se

- () Senta-se
- () Passa da cama para a cadeira
- () Anda pela casa

Comunicação

- () Fala
- () Entende o que se fala
- () Lê
- () Escreve
- () Telefona

Atividades de Vida Prática

- () Tarefas Domésticas. Realiza-as: Sim () Não ()
- () Atividades Externas. Realiza-as: Sim () Não ()

V- AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (FOLSTEIN,1975)

Pontuação Máxima	Pontuação	
ORIENTAÇÃO		
5	()	1. Em que (ano) (mês) (dia da semana)(horas) nós estamos ?
5	()	2. Em que (país) (estado) (cidade) (andar) (lugar) estamos ?
REGISTRO		
3	()	3. Dar o nome de três objetos: 1 segundo para dizer cada um. Então pedir ao paciente que repita todos os 3 depois que você disser
Dar 1 ponto para cada palavra respondida certa. Então repeti-las até aprender as três. Contar as tentativas e registrá-las.		
TENTATIVAS		
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5	()	4. Subtrair 7 de 100, 1 ponto para cada correta, parar após 5 respostas . (Alternativamente, soletrar a palavra “ mundo”, também de trás para a frente)
MEMÓRIA RECENTE		
3	()	5. Pedir as 3 palavras repetidas acima. Dar 1 ponto para cada resposta correta
LINGUAGEM		
9	()	6. Dar o nome de uma caneta e de um relógio (2 pontos).
7. Repetir a palavra “paralelepípedo” (1 ponto)		
8. Seguir um comando em 3 estágios: “Apanhe esta folha de papel com a sua mão direita, dobre-a no meio e coloque-a no chão”(3 pontos).		
9. Ler e obedecer: “Feche os olhos” (1 ponto)		
10. Escreva uma frase (1 ponto).		
11. Copiar o desenho (1 ponto).		

PONTUAÇÃO: 24-30 corretos- função cognitiva íntegra
 20-23 corretos- leve deficiência cognitiva
 16-19 corretos- moderada deficiência cognitiva
 15 ou menos corretos- grave deficiência cognitiva

PONTUAÇÃO TOTAL:

1. 1 ponto para cada resposta certa.
2. 1 ponto para cada resposta certa.
3. 1 ponto para cada nome dos 3 objetos que for repetido corretamente da primeira vez. Então, repeti-los até o paciente repetir também todos os 3, mas não dar nenhum ponto a mais.
4. 1 ponto para cada subtração correta. Se o paciente não fizer ou não conseguir qualquer subtração, diga-lhe a palavra "mundo" para soletrar de trás para a frente. Se uma tentativa de subtração foi feita, esta é a tarefa preferida.
5. 1 ponto para cada objeto.
6. 1 ponto para cada objeto nomeado corretamente. Não dê nenhum ponto se for dito um nome aproximado mas incorreto.
7. 1 ponto se completado corretamente.
8. 1 ponto para cada comando seguido.
9. 1 ponto somente se o paciente levar adiante a atividade. Nenhum ponto se a frase for lida corretamente mas não realizada.
10. A sentença deve estar gramaticalmente correta e ter sujeito, verbo e predicado.
11. 1 ponto se cada uma tiver 5 lados e a superposição estiver correta.

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (YESAVAGE,1983)

1. Está basicamente satisfeito com sua vida ?	SIM	NÃO
2. Abandonou muitas atividades e interesses ?	SIM	NÃO
3. Sente que a sua vida está vazia ?	SIM	NÃO
4. Sente-se freqüentemente aborrecido ?	SIM	NÃO
5. Está bem-disposto a maior parte do tempo ?	SIM	NÃO
6. Tem medo que lhe suceda algo de mal ?	SIM	NÃO
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo ?	SIM	NÃO
8. Sente-se freqüentemente sem esperança ?	SIM	NÃO
9. Prefere ficar em casa mais do que sair fazer coisas novas ?	SIM	NÃO
10. Acha que tem mais problemas de memória do que a maioria ?	SIM	NÃO
11. Acredita que é maravilhoso estar vivo ?	SIM	NÃO
12. Pensa que, tal como está agora, Não vale para nada ?	SIM	NAO
13. Pensa que a sua situação é desesperadora ?	SIM	NÃO
14. Sente-se cheio de energia ?	SIM	NÃO
15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você ?	SIM	NÃO
Se as respostas coincidem coma opção em maiúsculas. Anotar um ponto. Avaliação: 0→5 :normal 5→10: depressão moderada + 10→: depressão grave		

VI- AVALIAÇÃO SOCIAL:

Escolaridade:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Semi-alfabetizado |
| <input type="checkbox"/> Ensino básico completo | <input type="checkbox"/> Ensino básico incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino superior completo | <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto |

- Estado Civil:** Casado Solteiro Viúvo
 Separado União Consensual

Reside com (parentesco/idade):

Renda Individual:

() Menos de 1 Salário Mín. () De 1 a 4 Salário Mín. () de 5 a 8 Salário Mín.
() De 9 a 13 Salário Mín. () De 14 a 19 Salário Mín. () mais de 20 Sal. Mín.

A Renda Provém de :

() Aposentadoria () Pensão () Ajuda de Familiares

Atividades Sociais:

() Igreja () Associações () Grupos de Idosos
() Reuniões Familiares () Reuniões com Amigos

Moradia (tipo): () Casa () Barraco

Ocupação: () Alugada () Própria () Cedida

Residem: _____ pessoas

Água Encanada: () Sim Não ()

Esgoto: () Sim Não ()

Eletricidade: () Sim Não ()

Banheiro: () Interno () Externo

Degrau: () Sim () Não. Em caso afirmativo, responda:

Iluminada () Sim () Não

Corrimão () Sim () Não

Quintal: () Fácil Acesso () Difícil Acesso.

A aquisição dos dados foi realizada, pelos pesquisadores, através de consultas realizadas no âmbito domiciliar e na USF I, mediante entrevista, observação e exame físico, durante o mês de abril de 2002. A análise das informações foi realizada mediante uma abordagem quantitativa, por meio do Software EPI INFO, 6.04 d *Centers for Disease Control e Prevention (CDC), USA/World Health Organization (WHO) Geneva, Switzerland*, 2001 para Windows versão 8.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I - AVALIAÇÃO SOCIAL

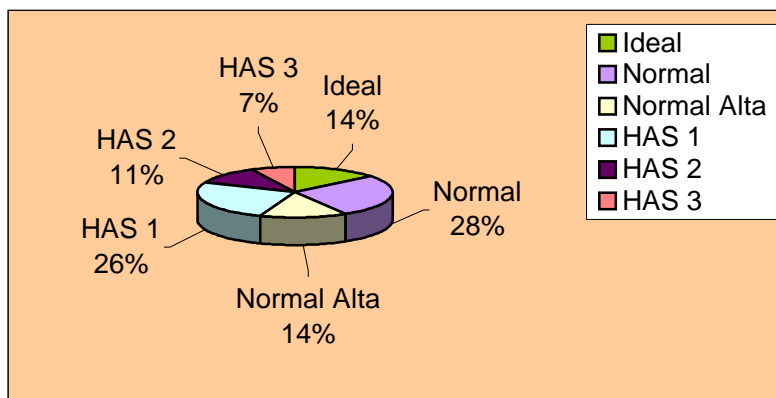
A análise da condição social do grupo pesquisado explicita que, em relação à escolaridade, a maioria era analfabeta (58,6%), sendo 28 do sexo feminino (68,3%) e 13 do

sexo masculino (31,7%). Dos 29 idosos alfabetizados (41,4%), 16 eram do sexo feminino (55,2%) e 13 do sexo masculino (44,8%). Em se tratando da renda, observou-se que 93% recebiam de um a quatro salários-mínimos, sendo a aposentadoria sua principal fonte de renda (88%). Quanto ao estado civil, 63% dos idosos eram casados, 30% viúvos e 7% solteiros. Em relação à situação de moradia, a pesquisa evidenciou que o tipo de domicílio mais encontrado foi a casa (98,6%). No que tange à ocupação do domicílio, 92,9% dos gerontes residiam em casa própria. Em se tratando do saneamento, 90% das residências tinham água encanada e a rede de esgoto foi encontrada em 83% dos imóveis.

II – AVALIAÇÃO FÍSICA

Quanto às doenças de base, foram observadas, respectivamente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (82%), o Diabetes mellitus (9%), a associação entre Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes mellitus (6%) e a Depressão (3%). No aspecto referente à hipertensão, verificamos as especificidades expressas na figura 1.

Figura 1 – Distribuição dos idosos, segundo a **Classificação da Hipertensão Arterial**. Tavares, 2002.



HAS 1 – Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio 1

HAS 2 – Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio 2

HAS 3 – Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio 3

Os estudos epidemiológicos realizados em diferentes contextos colocam em evidência a relevância da hipertensão arterial na população idosa. Neste estudo, conforme exposto, dos 70 idosos avaliados, 31 (44,2%) apresentaram algum grau de hipertensão arterial: hipertensão arterial estágio 1 (26%), hipertensão arterial estágio 2 (11%) e hipertensão arterial estágio 3 (7%). Considerando essa questão, Carvalho Filho et al. (1994) e Pinto e Pierre (1999) afirmam que cerca de 50% da população acima de 65 anos apresenta elevação da pressão arterial, especialmente da sistólica, sendo a maioria dos casos do tipo essencial. Entretanto, quando secundária, predomina a de origem renovascular.

Segundo Maranhão et al. (1998), a hipertensão arterial no idoso implica a diminuição da sua expectativa de vida, geralmente acarretada por lesões vasculares, cardíacas, renais e outras. Nesse mesmo entendimento, Pinto e Pierre (1999) ressaltam que o aumento dos níveis tensionais relaciona-se com o maior número de eventos cardiovasculares, principalmente com o acidente vascular cerebral.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos, segundo a relação entre **Obesidade e Hipertensão Arterial**. Tavares, 2002.

CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

OBESIDADE	HA1	HA2	HA3	IDEAL	NORMAL ALTA	NORMAL	Total
NÃO	8	2	1	4	2	8	25
>	32.0%	8.0%	4.0%	16.0%	8.0%	32.0%	> 35.7%
	44.4%	25.0%	20.0%	40.0%	20.0%	42.1%	
SIM	10	6	4	6	8	11	45
>	22.2%	13.3%	8.9%	13.3%	17.8%	24.4%	> 64.3%
	55.6%	75.0%	80.0%	60.0%	80.0%	57.9%	
Total	18	8	5	10	10	19	70
	25.7%	11.4%	7.1%	14.3%	14.3%	27.1%	

HAS 1 – Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio 1

HAS 2 – Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio 2

HAS 3 – Hipertensão Arterial Sistêmica Estágio 3

Em relação ao fator de risco Obesidade na patogênese da Hipertensão Arterial, verificou-se que das 45 pessoas idosas obesas (64,3%), 20 delas eram hipertensas (44,4%), entre as quais, considerando-se o estágio da hipertensão, 22,2% pertenciam ao estágio I, 13,3% ao estágio II e 8,9% ao estágio III.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado uma forte relação entre Obesidade e Doenças Cardiovasculares e fatores de riscos específicos, como hipertensão e dislipidemia (Frage Filho, 1999). Embora associações epidemiológicas entre hipertensão arterial e obesidade sejam bem estabelecidas, o mecanismo pelo qual a obesidade está envolvida na gênese da pressão arterial elevada ainda não está totalmente estabelecido. Farmer e Gotto Júnior (1992) e Rey (1999) afirmam decorrer do aumento da resistência periférica e de alterações na homeostase neuroendócrina.

A ocorrência pareada de hipertensão arterial e obesidade, especialmente nos idosos, pode desencadear, com maior frequência, as cardiopatias isquêmicas, a insuficiência cardíaca, os acidentes vasculares cerebrais e as mortes oriundas de distúrbios cardiovasculares (Hubert et al., 1983).

Quanto aos fatores determinantes da obesidade no idoso, destacam-se o aumento da dieta, a redução do gasto energético e o sedentarismo. Desse modo, cabe aos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao idoso enfatizarem modificações no seu estilo de vida, que conduzam melhoria, tanto dos níveis pressóricos como da obesidade, a exemplo do engajamento do idoso em programas de exercícios aeróbicos, como a caminhada.

Para Mulrow e Brand (2001), evidências sugerem que, salvo contra-indicações para realizar exercícios, pessoas idosas com hipertensão podem obter benefícios até com modesto aumento na atividade aeróbica. Quanto à obesidade, Busby-Whitehead (2001) ressalta que o exercício regular contribui para a manutenção do peso ideal através da perda calórica, além de melhorar a distribuição de gordura. Ou seja, a gordura abdominal ou andróide (implicada em maior risco para a saúde) é mobilizada preferencialmente para a gordura subcutânea periférica.

No que se refere às alterações sensoriais, tanto a literatura pertinente como dados empíricos demonstram que o envelhecimento afeta todos os órgãos sensitivos,

especialmente a audição e a visão. A investigação da função auditiva nos idosos pesquisados nos permitiu verificar déficit neste sistema em 23 idosos (33%), dado também verificado por Jackler e Kaplan (2001), que destacam: cerca de 25% dos indivíduos entre 65 e 75 anos e quase 50% dos que têm mais de 75 anos apresentam dificuldades de audição. Entre as causas envolvidas na perda auditiva do idoso, a mais comum é a presbiacusia, que compreende a perda sensorineural caracterizada por dificuldade de ouvir sons de alta frequência e por um comprometimento da compreensão de conversas (Siegler, 1998). Essa autora salienta como outras causas de déficit auditivo no idoso os tampões ceruminosos, otosclerose, ototoxicidade, doença de Menière e neuromas acústicos.

Já o déficit visual foi identificado em 81% da amostra, o que compreende 57 idosos. Embora as patologias visuais não façam parte do envelhecimento normal, há uma maior incidência de doença ocular nos idosos. As mais comuns são: as cataratas, os glaucomas, a degeneração macular senil e a retinopatia diabética (Smeltzer e Bare, 2002). Ao abordar tais alterações, Jackler e Kaplan (2001) afirmam que a degeneração macular relacionada com a idade consiste na principal causa de perda visual permanente em idoso, além de possuir etiologia desconhecida e de sua incidência aumentar, a cada década, nos indivíduos com idade superior a 50 anos, alcançando seu limiar máximo, aproximadamente, aos 75 anos.

As alterações sensoriais trazem implicações negativas para a interação socioambiental do idoso, particularmente a capacidade de receber e tratar informações provenientes do meio ambiente e, conseqüentemente, o isolamento social e a dependência. Considerando essa realidade, Smeltzer e Bare (2002) salientam que a privação sensorial experimentada pelo idoso pode gerar-lhe aborrecimento, confusão, irritabilidade, desorientação e ansiedade, aspectos que devem ser analisados pelos profissionais de saúde na avaliação dos problemas biopsicossociais do idoso.

Quanto às alterações vasculares periféricas, especificamente a presença de varizes em membros inferiores, 83% dos idosos pesquisados possuíam esse problema. Dada a incidência aumentada das varizes no idoso, decorrente, principalmente, da perda da elasticidade tecidual presente no envelhecimento com conseqüente enfraquecimento venoso, a equipe geriátrica deve implementar ações que favoreçam a melhoria do

desconforto do idoso decorrente de tais alterações, como fadiga nas pernas, câibras musculares, sensação de peso nos membros inferiores e dor (Netina, 1998).

Dentre as alterações neurológicas, investigamos o padrão de sono, em que verificamos que 31 idosos (44%) apresentaram sono normal. Já as alterações verificadas foram a insônia (40%) e o sono interrompido (16%). Esse achado é confirmado por Daly e Taler (1997), ao descreverem que estudos epidemiológicos evidenciam que 30 a 50% das pessoas idosas queixam-se de dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo.

Segundo Curiati e Alencar (1994), na velhice, o período noturno do sono tende a sofrer um encurtamento, enquanto surgem períodos de sonolência durante o dia. Mailloux-Poirier (1995) aborda que as alterações do sono mais importantes observadas na velhice consistem no alongamento do estágio I, o encurtamento dos estágios II, III e IV, assim como do período de sonhos, além de despertares freqüentes e intermitentes. Desse modo, o sono do idoso torna-se polifásico (alternância de períodos de sono e virgília), assemelhando-se ao sono do recém-nascido, o que leva-o a cochilar durante o dia.

Dentre os fatores que podem interferir na qualidade do sono dos idosos, destacam-se: problemas cardíacos (angina do peito, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca e hipertensão); problemas respiratórios (dispnéia, apnéia, desencadeadas principalmente pelo enfisema); problemas gástricos (dor); problemas endócrinos (hipertireoidismo, diabetes, que produz nictúria e poliúria); a demência e a depressão, além de alguns medicamentos, a exemplo da quinidina, esteróides, β -bloqueadores, aminofilina, fenitoína, L-dopa e descongestionantes nasais (Mailloux-Poirier, 1995). Salientamos a presença desses fatores nos idosos investigados, particularmente, os efeitos da hipertensão, do diabetes, da depressão e do uso de medicamentos específicos.

As alterações musculoesqueléticas, especialmente a dor articular, são situações de alta prevalência em idosos e fortemente implicadas em prejuízos em sua capacidade funcional. A ocorrência desse fenômeno foi verificada em 42 (83%) dos idosos pesquisados.

A dor articular é desencadeada, tanto por alterações fisiológicas pertinentes ao envelhecimento, como de doença articular degenerativa que, segundo Smeltzer e Bare (2002), afetam todos os idosos com mais de 70 anos, começando na meia-idade. Mailloux-

Poirier (1995) ressalta que, entre os problemas que afetam a mobilidade do idoso, a artrite e o reumatismo, com dor conseqüente, afetam cerca de 50% dos idosos, constituindo um importante motivo para sua utilização dos serviços de saúde.

Com relação à eliminação urinária, verificamos que 72% dos idosos não apresentaram alterações urinárias. A incontinência ocorreu em 19% dos idosos, enquanto que a disúria em apenas 9%. Esse resultado demonstra a importância da incontinência urinária no contexto do envelhecimento e está em consonância com o estudo de Maciel (1999) que destaca que, em estudos realizados na comunidade, a exemplo desse último, a prevalência da incontinência urinária entre idosos oscila entre 8% e 34%.

Ao contrário da crença existente, o envelhecimento por si só não é a causa de incontinência urinária. Existem diversas alterações que podem causar incontinência urinária no idoso: instabilidade do detrusor, ingestão aumentada de líquidos com inversão do ritmo diurno normal do volume e concentração urinária, drogas habitualmente utilizadas pelos idosos e, finalmente, os efeitos da deficiência do estrogênio nas mulheres (Mayome, 1995).

A incontinência urinária no idoso gera conseqüências múltiplas do ponto de vista físico, emocional, social e econômico. As conseqüências físicas consistem na dermatite amoniacal, odor característico, propensão a úlceras de decúbito, infecção urinária e quedas (Resnick e Yalla, 1992). Do ponto de vista socioemocional, a incontinência urinária no idoso pode ser tão devastadora quanto é debilitante no aspecto físico, pois ele tende a ver esse problema como uma perda de controle sobre seu corpo e como o ponto final de uma vida produtiva. Ante essa realidade, é comum surgirem sentimentos de humilhação, ansiedade e solidão, passando o idoso a evitar falar sobre o assunto, temendo ser ridicularizado ou considerado velho inútil (Simonetti et al., 2001). Em termos econômicos, a incontinência urinária representa um problema extremamente dispendioso, tanto para o sistema de saúde, quanto para os portadores, obrigados a consumirem fraldas, absorventes e outros dispositivos (Simonetti et al., 2001).

No que se refere às alterações intestinais avaliadas, foram encontradas, respectivamente, a constipação (24%) e a diarreia (1%). Segundo Rezende et al. (1999), a falta de um critério uniforme no diagnóstico de constipação intestinal e a diversidade da metodologia empregada em inquéritos epidemiológicos para avaliação desse problema, não permitem conhecer-se a verdadeira prevalência da constipação intestinal na população geral

e no idoso. Esse autor afirma, ainda, que a prevalência da constipação intestinal no idoso varia dentro de amplos limites, na dependência dos hábitos alimentares, do tipo de atividade, doenças intercorrentes e uso de medicamentos.

Conforme Ahronheim (1997), a constipação no idoso é atribuída à imobilidade, menor ingestão de líquidos e fibras, prolongamento no tempo de trânsito intestinal, distúrbio da sensibilidade anorretal, doenças neurológicas, lesões intestinais e uso de medicações constipantes, como antidepressivos tricíclicos, anticolinérgicos, alguns antihipertensivos, analgésicos opiáceos, anti-ácidos contendo alumínio, resinas fixadoras de ácidos biliares e outros.

Apesar disso, Stewart et al. (1992), ao investigarem a ocorrência de constipação em 3.166 pessoas acima de 65 anos, observaram a ocorrência do problema em 26% das mulheres e 15,8% dos homens. Do mesmo modo, Sandler et al. (1990), num estudo demográfico abrangendo 15.014 pessoas, das quais 12,8% relataram constipação, constataram a prevalência de 23,3% em idosos. Assim sendo, os dados verificados no âmbito deste estudo consolidam os nossos resultados.

Em relação ao uso e indicação de medicamentos, observamos que houve uma considerável prevalência do uso contínuo de medicação com receita médica (80%). Outro dado que merece ser considerado é que a grande maioria dos idosos (80,5%) referiu fazer uso da medicação sozinho e apenas 19,5% tomavam medicação com ajuda. Entre os motivos implicados no não uso dos medicamentos de forma independente, foram relatados pelos idosos : déficit de memória (37,5%), imobilidade no leito (12,5%), não compreensão da técnica da aplicação da insulina (12,5%), medo de tomar medicação errada (12,5%), déficit visual (12,5%) e tremores nas mãos (12,5%).

As classes terapêuticas mais consumidas pelos idosos foram: diuréticos (08), diuréticos com inibidor simpático (04), anti-ácido (04), IECA (03), IECA com diurético (03), bloqueador de canal de cálcio (02), analgésico (02), ansiolítico (02), hipoglicemiante (02), entre outros. Esse achado impõe aos profissionais de saúde a adoção de maior vigilância, pois a terapia medicamentosa, especialmente os tratamentos a base de diuréticos, anti-hipertensivos, ansiolíticos e hipoglicemiantes estão envolvidos, em maior grau, na

ocorrência de reações adversas nos idosos, como confusão, fraqueza, tontura, incontinência, imobilidade e outras (Murad e Casali, 1999).

III – AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Com relação às atividades da vida diária, 94,3% dos idosos referiram facilidade para a execução da higiene pessoal; 98,6% relataram independência no ato da alimentação; 88,6% colocavam e retiravam vestimentas sem auxílio; 91,4% expressaram ser capazes de realizar de forma independente, atividades como caminhar, subir e descer escadas e deitar-se; 45,7% não apresentavam problemas relativos à comunicação, como falar, entender o que se falava, ler, escrever e telefonar. Quanto às atividades da vida prática ou atividades básicas intermediárias, a maioria dos idosos (65,7%) realizava apenas tarefas domésticas, enquanto as atividades externas eram realizadas por 47,1% dos idosos.

Conforme o exposto, do ponto de vista físico, a maioria dos idosos é independente no que se refere às atividades básicas elementares, pois, ao considerarmos as atividades públicas, eles possuem significativa dependência. De forma similar, Coelho Filho (1999), ao realizar um inquérito domiciliar na capital do Estado do Ceará, envolvendo uma amostra de 744.000 habitantes, identificou que apenas 52,3% dos idosos entrevistados relataram autonomia total para realização das atividades da vida diária.

IV – AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Entre os problemas implicados mais seriamente na saúde mental dos idosos, sobressaem-se o déficit de memória e a depressão. No referente à memória, 56% dos idosos investigados apresentaram problemas, sendo 26% deficiência grave, 17% deficiência moderada e 13% manifestaram deficiência leve. Essa elevada incidência de problemas de memória nos idosos envolvidos neste estudo apresenta congruência com os dados relativos ao estudo de Bolla et al. (1991), realizado em nível comunitário, abrangendo a população

como um todo, o qual expressa que mais da metade dos idosos apresenta déficit de memória. Para Bertolucci (2000), essa condição incide mais nos idosos, porque a maioria deles estão susceptíveis a manifestarem problemas neurológicos, como demências, acidentes vasculares cerebrais e doenças potencialmente lesivas para o cérebro como o *Diabetes mellitus* e a hipertensão arterial.

Quanto à depressão, considerado o transtorno mental que mais prevalece no geronte, 46% dos idosos pesquisados evidenciaram o problema. Segundo Smeltzer e Bare (2002), embora a depressão entre os indivíduos com mais de sessenta anos seja comum, ela geralmente permanece sem diagnóstico e sem tratamento.

Considerando essa realidade, no âmbito da atenção primária à saúde, Gordilho (2002) afirma que, nesse contexto, apenas uma minoria dos idosos tem seu problema de depressão diagnosticado e, satisfatoriamente, conduzido pelos profissionais de saúde, apesar de tratar-se de uma doença de forte prevalência nessa faixa etária, que pode gerar, no idoso, limitações na sua capacidade funcional.

Segundo Heok (2000), as dificuldades vivenciadas por profissionais de saúde para diagnosticar depressão no idoso se expressam em estudos epidemiológicos, realizados em diferentes países, com taxas de prevalência da doença apresentando grandes variações. Entre os fatores que podem interferir na variabilidade dos resultados dos estudos epidemiológicos da depressão no idoso, o autor destaca: a confiabilidade das escalas de mensuração, a seleção dos indivíduos e do contexto no qual estão inseridos e a existência de critérios diagnósticos diversos.

A literatura pertinente ressalta, insistentemente, a natureza multifatorial da depressão. Nessa perspectiva, buscamos apreender a possível relação da depressão com a faixa etária, considerando os idosos os “velhos jovens” (60 a 79 anos) e os “velhos velhos” (acima de 80 anos), com o sexo e o nível de escolaridade do grupo pesquisado. Nessa análise, não observamos dependência entre maior longevidade e maior possibilidade de desenvolvimento de depressão, achado, também, verificado por Resnick (2001). Corroborando com essa assertiva, Heok (2000) registra que, pesquisa realizada em Londres, envolvendo 890 idosos, ao comparar a prevalência da doença entre idosos mais jovens e idosos mais velhos, observou taxas de predominância muito similares. Considerando o

sexo, essa mesma pesquisa verificou maior prevalência da depressão em mulheres idosas, achado, também, identificado nessa pesquisa em 62,9% dos casos

Quanto à possível relação entre a depressão e o nível de escolaridade dos idosos, observamos que a depressão foi expressa, em maior grau, pelos idosos analfabetos (58,6%). A literatura específica não clarifica, eficazmente, essa relação, no entanto, ressalta com insistência a influência de fatores sociais e da qualidade de vida no desenvolvimento ou exacerbação do problema. Considerando que idoso, particularmente o analfabeto, experimenta restrições na sua participação social e na sua qualidade de vida, esse achado está em consonância com tal literatura.

Lotufo Neto (2000) expõe que a falta de recursos financeiros, de serviços básicos, de moradia adequada, a aposentadoria e o baixo nível intelectual são fortes preditores de depressão no idoso, por gerarem prejuízos na sua qualidade de vida, que tem clara relação com a ocorrência desse fenômeno.

Apesar da relevância dos aspectos mencionados, é necessário que os profissionais de saúde engajados no cuidado ao idoso reconheçam nele, eficientemente, os sinais e sintomas da depressão, o que viabiliza seu pronto atendimento. Os idosos deprimidos referem dor psíquica, desconforto somático, diminuição objetiva da capacidade de execução de tarefas costumeiras, perda do autocontrole, percepção de falta de incentivo para viver, redução da concentração e da memória, sentimento de desamparo e manifestação de desejos suicidas (Smeltzer e Bare, 2002).

Essas são as evidências clínicas clássicas de depressão no idoso. Não obstante, devemos comungar com o pensamento de Lotufo Neto (2000), ao afirmar que a cultura modifica o tom geral da vida emocional e o quanto a emoção afeta os outros e que é necessário conhecer-se o idioma local que expressa o sofrimento, isto é, deve-se estar atento para as influências culturais na expressão das doenças, principalmente, daquelas que envolvam sentimento. Com relação aos sintomas depressivos no idoso, o autor expressa que, no ocidente, é a classe social que determina as queixas relatadas por esse indivíduo, sendo: na classe D, manifestações comportamentais; na classe C, dores físicas e sintomas somáticos; na classe B, temor; na classe A, insatisfação consigo mesmo, sentimento de culpa, solidão e isolamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação geriátrica depende de uma visão geral e multiprofissional, desde o primeiro atendimento, com atenção a certos cuidados e peculiaridades dessa população, destacando-se aspectos da anamnese e exame físico e, conseqüentemente, reduzindo agressões diagnósticas e terapêuticas desnecessárias. Cabe aos profissionais de saúde fazerem o acompanhamento posterior, que poderá ser realizado em nível ambulatorial, institucional ou domiciliar, já que o aumento proporcional da população idosa, em nível mundial e nacional requer, mais do que recursos, uma conscientização desses profissionais no atendimento diferencial a essa população.

Para se oferecer uma resposta adequada aos problemas de saúde do idoso, não basta oferecer-lhe, por exemplo, uma intervenção geriátrica/gerontológica em um enfoque unidimensional, cuja expressão mais comum, em nosso meio, é o atendimento clínico, mas ampliar a abordagem de modo a fazer uma leitura do mundo psicossocial no qual ele está inserido. Isso evita alguns equívocos que podem ser cometidos na sua assistência.

1 Médico Residente de Clínica Médica da Universidade Federal de Campina Grande, Especialista em Saúde da Família pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba

2 Profa. Assistente de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, Doutoranda em Ciências da Saúde

3 Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba

REFERÊNCIAS

AHRONHEIM, J. C. Problemas especiais em pacientes geriátricos. In: BENNETT, J. C. ; PLUM, F. **Cecil tratado de medicina interna**. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997. cap. 3, p. 25-28.

BERTOLUCCI, P. H. F. Avaliação da memória. In: FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 44, p. 507-516.

BOLLA, K. I. et al. **Memory complaints in older adults: facts or fiction ?** Arch. Neurol, EUA, n. 6, p. 61-64, 1991.

BRASIL. Coordenação da equipe do Ministério da Saúde. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde, 1995. Apresenta textos sobre política nacional do idoso. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 16 jan. 1995.

BRASIL. Norma Técnica. **Bioética**. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BUSBY-WHITEHEAD, J. Exercícios físicos para idoso. In: GALLO, J. J. et al. **Reichel assistência ao idoso**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. cap. 9, p.109-120.

CANTERA, R. e DOMINGO, L. **Geriatrics**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. p.161-164.

CARVALHO FILHO, E. T. et al. Hipertensão arterial. In: CARVALHO FILHO, E. T. ; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics**. 4 ed. São Paulo. Atheneu, 1994. cap. 11, p. 155-169.

COELHO FILHO, J. M. ; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 33, p. 445-453, 1999.

CURIATI, J. A. E. ; ALENCAR, Y. M. G. Aspectos da propedêutica do idoso. In: CARVALHO FILHO, E. T. ; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 1994. cap. 4, p. 41-50.

DALY, M. P. ; TALER, G. A. Cuidados dos idosos. In: RAKEL, R. E. **Tratado de medicina da família**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997. cap. 7, p. 70-118.

DUARTE OLIVEIRA. **Manutenção de um envelhecimento saudável**: no ar desde 2000. Disponível em: <<http://www.saude.uol.com.br/psf/enfermagem>>. Acesso em: 24 fev. 2001.

FARMER, J. A. ; GOTTO JUNIOR, A. M. Risk factors for coronary artery disease. In: BRAUNWALD, E. **Heart disease**: a textbook of cardiovascular medicine. 4 ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1992. cap.37, p. 1125-1159.

FINCH, C. E. ; SCHNEIDER, E. L. Envelhecimento e medicina geriátrica. In: BENNETT, J. C. ; PLUM, F. **Cecil tratado de medicina interna**. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997. cap. 2, p. 15-29.

FRAGE FILHO, F. Sobrepeso e obesidade. In: FERREIRA, C. ; PÓVOA, R. **Cardiologia para o clínico geral**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 1999. cap. 6, p. 185-190.

GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 25, p. 204-215.

HEOK, K. E. Epidemiologia da depressão no idoso. In: FORLENZA, O. V.; CAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 4, p. 35-37.

HUBERT, H. B. et al. **Obesity as a independent risk factor for cardiovascular disease**. EUA: W.B. Saunders, 1983. 9p.

JACKLER, R. K. ; KAPLAN, M. J. Ouvido, nariz e garganta. In: LAWRENCE JUNIOR, M. et al. **Diagnóstico e tratamento: um livro médico**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 3, p. 45-67.

LEVY, S. M. Avaliação multidimensional do paciente idoso. In: GALLO, J. J. et al. **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. cap. 2, p. 15-24.

LOTUFO NETO, F. Aspectos culturais de depressão. In: FORLENZA, O. V. ; CAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 6. p. 45-50.

MACIEL, A. C. Incontinências no idoso. In: PETROIANN, A. ; PIMENTA, L. G. **Clínica e cirurgia geriátrica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999. cap. 54, p. 407-428.

MAILLOUX-POIRIER, D. Mover-se e manter uma boa postura. In: BERGER, L.; _____. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. 2 ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995. cap. 14, p. 283-315.

MARANHÃO, M. F. C. et al. Aspectos atuais do tratamento da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 99-105, 1998.

MAYOME, M. Incontinência urinária no idoso. In: D'ANCONA, C. A. L. **Aplicações clínicas da urodinâmica**. 1 ed. Campinas: Catgraf, 1995. cap. 4, p. 52-61.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica. **Plano integrado de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional do Idoso, 1997.

MOREIRA, M. M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Brasília, DF, n.1, p. 79-93, 1998.

MULROW, C. D. ; BRAND, M. B. A hipertensão arterial no idoso. In: GALLO, J. J. et al. **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. cap. 8, p. 99-108.

MURAD, J. E. ; CASALI, T. A. A. Aspectos farmacológicos no idoso. In: PETROIANU, A. ; PIMENTA, L. G. **Clínica e cirurgia geriátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999. cap. 13, p. 92-96.

NETINA, S. M. Assistência ao idoso. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998, 19p.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 28, p. 313-323.

PINTO, L. B. ; PIERRE, H. O coração do idoso. In: FERREIRA, C. ; PÓVOA, R. **Cardiologia para o clínico geral**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 1999. cap. 20, p. 409-416.

RESNICK, N. M. Medicina geriátrica. In: LAWRENCE JUNIOR, T. et al. **Diagnóstico e tratamento: um livro médico**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 3, p. 45-67.

RESNICK, N. M. ; YALLA, S. V. Evaluation and medical management of urinary incontinence. In: WASH, P. C. et al. **Campbell's urology**. 6 ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1992. cap. 9, p. 643-658.

REZENDE, J. M. et al. Constipação intestinal no idoso. In: PETROIANU, A. ; PIMENTA, L. G. **Clínica e cirurgia geriátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999. cap. 50, p. 360-382.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos e saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.

SANDLER, R. S. et al. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. **Am. J. Public Health**. EUA, n. 80, p. 185-189, 1990.

SIEGLER, E. Alterações sensoriais. In: FORCIEA, M. A. ; LAVIZZO-MOUREY, R. **Segredos em geriatria**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. cap. 19, p. 111-116.

SIMONETTI, R. et al. **Incontinência urinária em idoso: impacto social e tratamento**. São Paulo: Atheneu, 2001. 16p.

SMELTZER, S. C. ; BARE, B. G. Cuidado de saúde do idoso. In:_____. **Brunner e Suddart tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. cap. 11, p. 141-163.

STEWART, R. B. et al. Correlates of constipation in an ambulatory elderly population. **Am. J. Gastroenterol**. EUA, n. 87, p. 859-864, 1992.

YESAVAGE, J. Differential diagnosis between depression and dementia. **The American Journal of Medicine**, v.94 (Suppl 54), p. 235 – 285, 1983.

Leonardo Leitão Batista- Médico Residente de Clínica Médica da Universidade Federal de Campina Grande, Especialista em Saúde da Família pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba
Rua Coronel Barata, 53 / Telefone: (83) 244 3050
Bairro:Jardim 13 de maio / CEP: 58025-300 / João Pessoa-Pb
E-mail: leonardleitao@bol.com.br

Maria das Graças Melo Fernandes- Profa. Assistente de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública, Doutoranda em Ciências da Saúde

Maria do Socorro Lucena da Nóbrega - Enfermeira, Especialista em Saúde da Família pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba

Submissão: agosto de 2003 Aprovação: novembro de 2003
