



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

SAÚDE E ENVELHECIMENTO

Caracterização clínica, funcional e psicossocial de idosos residentes na comunidade

Dissertação apresentada à Universidade da Beira Interior
para obtenção do grau de Mestre em Medicina

Por Teresa Daniela Rodrigues Dionísio

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Luiza Constante Rosado

Faculdade de Ciências da Saúde

Covilhã, 2009

SAÚDE E ENVELHECIMENTO

Caracterização clínica, funcional e psicossocial de idosos residentes na comunidade

Dissertação apresentada à Universidade da Beira Interior
para obtenção do grau de mestre em Medicina

Por Teresa Daniela Rodrigues Dionísio

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Luiza Constante Rosado

Faculdade de Ciências da Saúde

Covilhã, 2009

Envelhecer

Antes, todos os caminhos iam.

Agora todos os caminhos vêm.

A casa é acolhedora, os livros poucos.

E eu mesmo preparo o chá para os fantasmas.

Mário Quintana, 1948

*Aos meus pais, José e Marília Dionísio,
que me ensinaram que a persistência
é o caminho mais curto para o sucesso.*

AGRADECIMENTOS

A elaboração de uma Tese de Mestrado, além do trabalho individual que ao investigador compete, reúne contributos de natureza distinta, que não podem deixar de ser reconhecidos.

O meu mais profundo agradecimento é dirigido à Professora Doutora Maria Luiza Rosado, pela competência científica e espírito crítico com que orientou este trabalho, pela confiança que em mim depositou para a sua concretização, e pela paciência, rigor e entusiasmo com que me transmitiu os seus conhecimentos, e à Professora Márcia Kirtzner por me ter permitido a utilização de ideias originalmente suas na aplicação deste estudo descritivo.

Agradeço à Direcção da Associação de Socorros Mútuos da Covilhã, nomeadamente ao Dr. Carlos Casteleiro, pela autorização para a recolha dos dados nessa instituição, e aos idosos que aceitaram participar deste estudo.

À Enfermeira Paula Monteiro e, em particular, ao colega e Enfermeiro Nuno Lopes, pela prontidão e generosidade com que executaram a recolha de sangue dos idosos para análise laboratorial.

À Dr.^a Maria da Conceição Faria, por me ter proporcionado a realização da análise laboratorial do sangue dos idosos no Laboratório do Hospital Pêro da Covilhã, e às funcionárias administrativas do Laboratório, D. Elisabete Nobre e D. Ana Torrão.

À Dr.^a Ana Paula Martins, o meu agradecimento pelos ensinamentos sobre bioestatística, e por ter relido e comentado o meu trabalho.

Aos meus pais, que sempre me incentivam a engrandecer científica e pessoalmente, a minha gratidão pelo amparo incondicional, pela troca de impressões, rectificações e comentários ao trabalho. À minha irmã Sílvia, o meu obrigada por continuarmos unidas apesar da distância.

Um agradecimento aos restantes familiares pelo apoio e fé no meu êxito, e em especial ao meu avô Raúl, por ser o exemplo de alguém que *envelheceu com sucesso*, e, assim, me ter motivado a elaborar este trabalho.

Às amigas com quem convivi diariamente durante este último ano, Ana Alice, Ana Adelaide, Rita e Joana, agradeço por todo o apoio prestado, pelas conversas proveitosas e conselhos transmitidos nos momentos de trabalho árduo e, acima de tudo, por terem tornado mais leve esta tarefa, através de divertidos momentos de lazer e descontração. Realço o apoio e amizade da Ana Alice, com quem troquei impressões vezes sem conta, que sempre esteve presente nos momentos mais amargos e se disponibilizou permanentemente para ajudar.

Expresso ainda a minha gratidão ao Tiago, pela compreensão que demonstrou nas minhas ausências, pela atenção sem reservas, pelo carinho e motivação e por ter tornado este caminho tortuoso num trajecto mais acessível.

RESUMO

O presente estudo tem como objectivo caracterizar os aspectos demográficos, sociais, clínicos e funcionais de idosos residentes na comunidade da Covilhã, em Portugal.

A amostra é constituída por 25 idosos com idade igual ou superior a 75 anos, de ambos os géneros. A recolha dos dados foi realizada entre Dezembro de 2008 e Fevereiro de 2009, através da aplicação de um inquérito com questões demográficas, psicossociais e clínico-funcionais e da colheita de sangue dos idosos para análise laboratorial, nomeadamente avaliação metabólico-hormonal, hematológica e inflamatória. Realizou-se análise estatística descritiva.

Verificou-se predomínio do sexo feminino (84%), idade média de 84,56 anos, preponderância de auto-avaliação da saúde como razoável (36%) e de classificação da dor sentida como severa (40%). No Índice de Katz a pontuação média atingida foi de 4,32/6 e no Índice de Lawton foi de 3,16/6. Dificuldades visuais foram referidas por 76% dos idosos e problemas auditivos foram apontados por 28%. A maioria dos elementos da amostra queixou-se de défice de memória (60%) e sintomas depressivos (52%). A mobilidade dos membros superiores e inferiores mostrou-se preservada na quase totalidade da amostra. Sessenta e quatro por cento dos anciãos referiram ter sofrido quedas no último ano e 60% mencionaram dificuldades em subir e descer escadas. Foram avaliados diversos parâmetros como a presença de polimedicação, a persistência da actividade sexual e a pontuação obtida em testes como o Mini Mental Test e a Mini Avaliação Nutricional. Foi feita uma descrição analítica dos achados laboratoriais no sangue dos 25 indivíduos incluídos no trabalho. Perante a escassez de trabalhos no âmbito da Geriatria em Portugal, este trabalho revelou-se importante, na medida em que constitui um pequeno passo para um conhecimento mais aprofundado acerca da população idosa do nosso país e para o reconhecimento dos factores que podem conduzir a um *envelhecimento com sucesso*.

Palavras-chave: *Saúde do idoso; demografia; psicossociologia; clínica; funcionalidade; valores laboratoriais; envelhecimento com sucesso.*

ABSTRACT

The aim of the present study was to characterize the demographic, social, clinical and functional aspects of elderly residents in the community of Covilhã, in Portugal.

The sample consists of 25 elderly people aged 75 or over years, of both genders. The data was collected between December 2008 and February 2009, by application of a survey with demographic, psychosocial and clinical-functional issues and the collection of blood of the elderly for laboratory analysis, including metabolic-hormonal, hematological and inflammatory assessment. Descriptive statistical analysis was performed.

There was predominance of females (84%), mean age 84.56 years, prevalence of self-rated health as fair (36%) and rating of perceived pain as severe (40%). In Katz index average score achieved was 4.32/6 and the index of Lawton was 3.16/6. Visual problems were reported by 76% of the elderly and hearing problems were mentioned by 28%. Most elements of the sample complained of lack of memory (60%) and depressive symptoms (52%). The mobility of upper and lower limbs was shown to be preserved in almost all the sample. Sixty-four percent of elders reported to have suffered falls in the last year and 60% mentioned difficulties in climbing and descending stairs. Several parameters were evaluated, such as the presence of polypharmacy, the persistence of sexual activity and scores achieved in tests as the Mini Mental Test and Mini Nutritional Assessment. There was an analytical description of the laboratory findings in blood of 25 individuals included in the study.

Given the scarcity of work in the context of Geriatrics in Portugal, this work has proved important in that it is a small step for a deeper knowledge about the population of our country and for the recognition of factors that may lead to a successful aging.

Keywords: *Ageing health; demographics; psychosociology, clinical, functionality, laboratory values; successful aging.*

LISTA DE ABREVIATURAS

Por ordem alfabética

ABVD – Actividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Actividades Instrumentais da Vida Diária

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APU – Associação Portuguesa de Urologia

CA – Coeficiente de Assimetria

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMT – *Mini Mental Test* – Mini Teste Mental

MNA – *Mini Nutritional Assessment* – Mini Avaliação Nutricional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAC – Pneumonia Adquirida na Comunidade

PCR – Proteína C Reactiva

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Ilustrações

Ilustração 1	Distribuição das idades	20
Ilustração 2	Pirâmides de idades por sexo	20
Ilustração 3	Saúde auto-referida	21
Ilustração 4	Índice de Katz	22
Ilustração 5	Índice de Lawton	23
Ilustração 6	Consumo de fármacos	27
Ilustração 7	Score atingido no <i>Mini Mental Test</i>	28
Ilustração 8	População agrupada por idade e sexo, em 2000 e 2050, em percentagem à população total em cada grupo	40

Tabelas

Tabela 1	Quantidade de dor corporal	21
Tabela 2	Índice de Katz	22
Tabela 3	Índice de Lawton	23
Tabela 4	Características clínicas dos idosos, por idades e sexo	25

Tabela 5	Consumo de fármacos	26
Tabela 6	Leucograma	29
Tabela 7	Eritrograma	30
Tabela 8	Plaquetograma e Velocidade de Sedimentação	32
Tabela 9	Estudo das anemias	33
Tabela 10	Análise do soro	34
Tabela 11	Função tiroideia	36
Tabela 12	Estudo das alergias	37
Tabela 13	Electroforese das proteínas	37
Tabela 14	Imunoglobulinas	38
Tabela 15	Função gonadal e hipofisária	39

ÍNDICE GERAL

Prólogo	i
Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vi
Lista de abreviaturas	vii
Índice de Ilustrações e tabelas	viii
Índice Geral	x
1. Introdução	1
2. Metodologia	4
3. Resultados	7
4. Discussão	27
5. Conclusões	48
6. Referências bibliográficas	50
7. Bibliografia.....	66

1. INTRODUÇÃO

Como acontece com todos os outros organismos multicelulares, a vida do ser humano possui uma durabilidade efémera, que pode ser dividida em três fases: a *fase de crescimento e desenvolvimento*, na qual se dá o crescimento somático e a aquisição de aptidões funcionais reprodutivas; a *fase reprodutiva*, em que já está presente a capacidade de reprodução, que permite a perpetuação da espécie e a *fase de senescência*, caracterizada pelo declínio das capacidades funcionais do organismo.

O envelhecimento é um processo universal, progressivo e não patológico que acomete os organismos e se caracteriza por uma alteração bioquímica dos tecidos, pela diminuição das capacidades fisiológicas e por uma quebra na capacidade de manutenção da homeostase frente às diversas exigências dos meios interno e externo, conduzindo, assim, a uma maior susceptibilidade a doenças. Este processo depende de factores biológicos, psíquicos e sociais, os quais podem acelerar ou retardar o aparecimento de patologias e de sintomas característicos da ancianidade, contribuindo, deste modo, para um envelhecimento mais ou menos bem sucedido.

Mas afinal, em que consiste um envelhecimento bem sucedido? Rowe e Kahn (1987) começaram por definir *envelhecimento com sucesso* como a ausência de doenças e incapacidades (1). Posteriormente, incluíram no seu modelo a manutenção das capacidades física e cognitiva e a continuidade de um envolvimento com a vida. Este compromisso activo com a existência é conseguido através de relações pessoais próximas com a família e amigos e

um envolvimento continuado em actividades sociais e produtivas. Muitos idosos referem que a amizade é o factor-chave para se manterem activos e emocionalmente seguros, mesmo em idades avançadas (2). Este tipo de acções e de relações interpessoais é, muitas vezes, perdido aquando da aposentação do idoso. Este fica privado, então, de alguns aspectos da sua identidade, perde as motivações, não tem horários a cumprir, abstém-se do convívio dos colegas, não possui responsabilidades profissionais e é, assim, invadido por uma sensação de vazio (3). Vaillant (2002) afirmou que um envelhecimento bem sucedido incluiria «uma ancianidade saudável, reforma, jogo e criatividade, e 'generativity'» (4). Para Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002), a sensação subjectiva de bem-estar é fundamental para um envelhecimento com sucesso (5). Phelan, Anderson, LaCroix e Larson (2004) asseguram que a aptidão para aceitar as alterações fisiológicas que surgem com o avançar da idade é o aspecto central para se envelhecer de forma saudável (6).

Portugal enfrenta, actualmente, uma célere transição demográfica, que se caracteriza por um aumento acentuado da população idosa. O incremento desta fracção da população foi de 140% entre 1960 e 2001 (7). A proporção de idosos tem vindo a aumentar substancialmente, por um lado, porque a taxa de natalidade é cada vez menor e, por outro lado, devido ao aumento da esperança média de vida, que ocorreu essencialmente em duas grandes fases. A primeira teve lugar com a redução da mortalidade neonatal e infantil nos séculos XIX e XX, graças à melhor prestação de cuidados pré-natais, à existência de água potável, ao aumento do fornecimento de comida e ao controlo das doenças infecciosas. Na segunda fase, houve uma redução da

taxa de mortalidade em indivíduos de meia-idade e idosos, devido à melhoria dos cuidados com eles próprios, e aos avanços na ciência e na medicina (2). Esta tendência tem implicações a diversos níveis e acarreta grandes transformações em múltiplos sectores. Assim, torna-se necessário, não só, fomentar políticas sociais adequadas à nova realidade, como também, empreender um maior esforço económico por parte da segurança social, conducentes a uma mudança acentuada no ramo da saúde. Porém, existem obstáculos a essa alteração, nomeadamente a escassez de dados acerca da saúde e grau de autonomia dos idosos portugueses. Para que possamos criar abordagens preventivas, curativas e de cuidados continuados cada vez melhores, temos que, em primeiro lugar, conhecer a realidade da nossa população.

Nesse âmbito, propusemo-nos realizar este trabalho, cuja principal directriz consiste em caracterizar um grupo de idosos da Covilhã, com mais de 75 anos, a residir na comunidade.

Entre os factores que abordámos neste nosso estudo, encontram-se a avaliação subjectiva dos idosos em relação à sua saúde; o seu grau de autonomia; a quantificação da assistência que lhes é facultada, seja por familiares, amigos ou assistentes sociais; a quantidade de fármacos que, em média, tomam; as suas capacidades cognitivas e as suas condições nutricionais. Este rol de factores médicos, psicológicos e sociológicos parecem estar relacionados com os valores laboratoriais dos idosos (8), pelo que o sangue dos anciãos que responderam aos inquéritos, foi colhido e analisado do ponto de vista metabólico-hormonal, hematológico e inflamatório e os resultados analisados estatisticamente.

1. METODOLOGIA

A amostra do estudo incluiu idosos inseridos na comunidade, que frequentavam o Centro de Dia da Associação dos Socorros Mútuos da Covilhã. O critério de inclusão utilizado foi o de ter idade igual ou superior a setenta e cinco anos, independentemente do sexo, raça, patologias prévias, condição social ou cultural. Anciãos institucionalizados, ou seja, a residir nesta associação, foram excluídos.

A recolha dos dados foi realizada entre Dezembro de 2008 e Fevereiro de 2009. Os idosos foram entrevistados com base em várias escalas geriátricas, que incluem as avaliações a seguir descritas. Das vinte e seis pessoas que os critérios de inclusão abrangiam, uma delas recusou-se a participar neste estudo, pelo que a amostra é constituída por vinte e cinco idosos.

Para uma avaliação global da saúde dos indivíduos, foi-lhes pedido que fizessem uma apreciação subjectiva da sua própria saúde, classificando-a em 'excelente', 'muito boa', 'boa', 'razoável' ou 'fraca' e que quantificassem a dor corporal que tinham sentido nas quatro semanas anteriores à data do inquérito, através de uma escala de categorias verbais, que variava de "nenhuma" a "muito severa".

Para a avaliação do grau de autonomia, as pessoas foram questionados acerca das actividades instrumentais de vida diária de Lawton (AIVD), que incluem gestos como cozinhar, tomar a medicação, gerir as finanças e fazer compras, e acerca das actividades básicas da vida diária de Katz (ABVD), que

englobam habilidades de manutenção de funções básicas, como comer, vestir-se, sair da cama ou caminhar.

De seguida, os idosos foram interrogados acerca da sua acuidade visual e auditiva, do défice cognitivo e da presença de sintomas depressivos. Foram igualmente testadas as funções dos membros superiores e inferiores e colocadas questões sobre a presença de incontinência urinária, incontinência fecal, antecedentes de quedas, perda de peso e consumo de bebidas alcoólicas. Foi também pesquisado o número de medicamentos que os anciãos tomavam por dia e interpelados se viviam sozinhos ou não, se teriam auxílio de alguém em caso de emergência, se eram sexualmente activos, se em alguma ocasião tinham sido vítimas de violência e, ainda, se tinham tomado vacina para prevenção de pneumonia.

Posteriormente foi-lhes aplicado o *Mini Mental Test*, para avaliar a sua capacidade cognitiva.

Por último, com a finalidade de objectivar carências nutricionais, foi realizado o primeiro grupo de perguntas do *Mini Nutritional Assessment* (questões para triagem de risco de desnutrição).

Foram efectuadas análises sanguíneas a estes idosos, para avaliação do perfil metabólico-hormonal, hematológico e inflamatório geral. A colheita de sangue foi realizada pela manhã, em jejum. A análise do sangue foi efectuada no Laboratório do Hospital Pêro da Covilhã, e os valores de referência usados no nosso estudo foram os considerados nesse mesmo hospital. Dos vinte e cinco idosos que responderam aos inquéritos, apenas o sangue de vinte e um deles foi sujeito a análise, devido à ausência dos restantes idosos no Centro de

Dia dos Socorros Mútuos aquando da colheita de amostras sanguíneas¹. Dos vinte e um indivíduos cujo sangue foi estudado, quatro são do sexo masculino (19%) e dezassete do sexo feminino (81%).

Os dados recolhidos foram analisados na perspectiva da estatística descritiva, procurando-se sumariar e descrever as suas características mais proeminentes. O tratamento estatístico dos dados foi efectuado com o SPSS versão 17.0.

O estudo foi aprovado pela Direcção da Associação dos Socorros Mútuos e todos os participantes deram oralmente o seu consentimento livre e esclarecido.

¹ Três idosos tinham mudado de residência, e já não frequentavam o Centro de Dia da A.S.M. e outro encontrava-se hospitalizado.

2. RESULTADOS

A amostra estudada abrange vinte e cinco idosos com idades compreendidas entre os 76 e os 91 anos, sendo a média±desvio-padrão das mesmas de 84,56±4,17 anos (Ilustração 1)

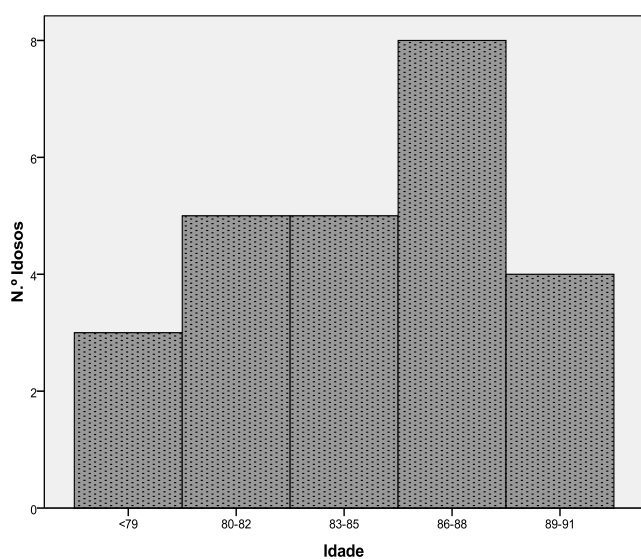


Ilustração 1 – Distribuição das idades.

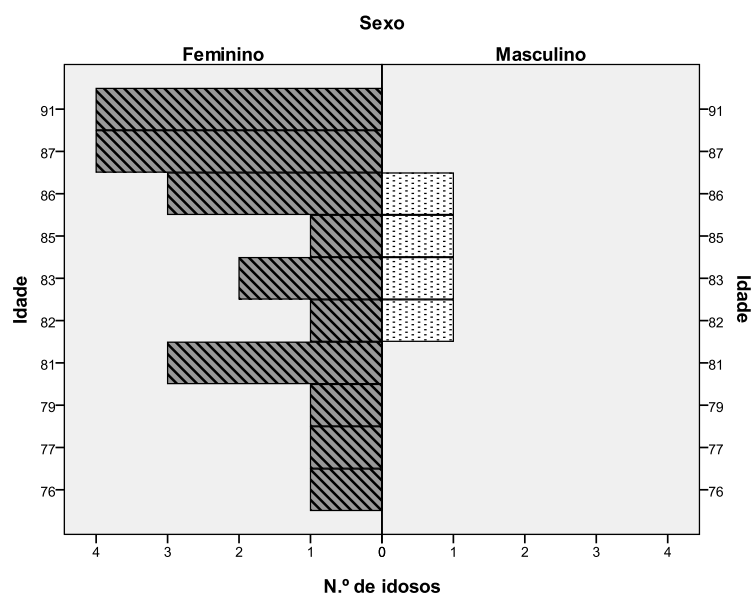


Ilustração 2 – Pirâmide de idades por sexo.

Foi evidente a predominância de elementos do sexo feminino, existindo vinte e uma mulheres (84%) e apenas quatro homens (16%).

Quando questionados acerca da impressão subjectiva quanto à saúde em termos globais, 36% dos idosos considerou o seu estado Razoável enquanto que 32% o considerou Fraco.

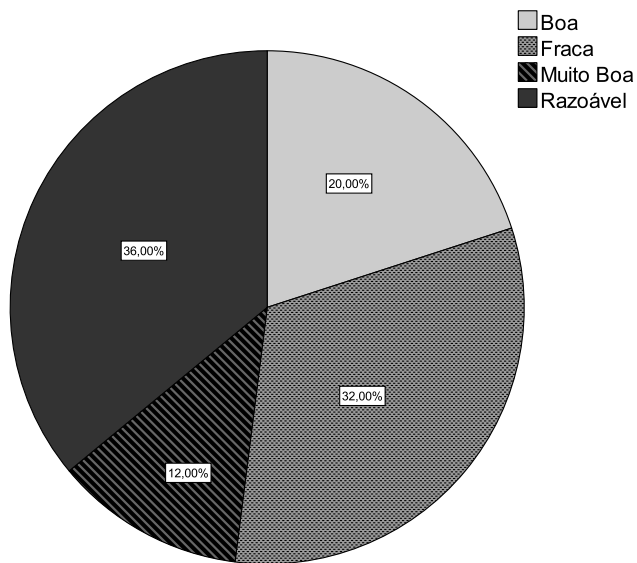


Ilustração 3 – Saúde auto-referida.

Em relação à dor corporal sentida nas quatro semanas anteriores a este estudo, grande parte dos anciãos (40%) referiu ter sentido dor severa e, pelo contrário, 28% declararam não ter tido nenhuma dor.

Tabela 1 – Quantidade de dor corporal.

Dor corporal	Frequência Absoluta	Porcentagem
Nenhuma	7	28,0
Muito Ligeira	4	16,0
Ligeira	1	4,0
Moderada	3	12,0
Severa	10	40,0
Total	25	100,0

O score médio no Índice de Katz (Actividades básicas da vida diária) foi de 4,32 e um score de 4 foi a pontuação atingida por mais idosos, como podemos verificar através da análise da Tabela 3. Na Ilustração 4 expõem-se os resultados conseguidos no Índice de Katz, agrupados em classes. Consideramos que um score igual ou inferior a 3 indica uma Dependência Importante, um score entre 4 e 5 corresponde a uma Dependência Parcial e uma pontuação de 6 aponta para Independência no que concerne às ABVD.

Tabela 2 – Índice de Katz.

Score	Frequência	Percentagem
1	2	8,0%
3	4	16,0%
4	9	36,0%
5	2	8,0%
6	8	32,0%

Média	4,32
Mediana	4,00
Moda	4
Desvio Padrão	1,492

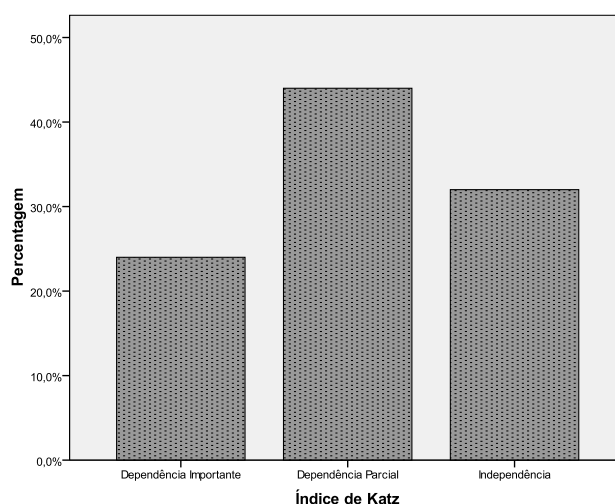


Ilustração 4 – Índice de Katz.

Em relação ao Índice de Lawton simplificado (Actividades Instrumentais da Vida Diária), com score máximo de 6, 50% dos elementos da nossa amostra apresentaram pontuação igual ou inferior a de 3. À semelhança do realizado com o Índice de Katz, expusemos por classes na Ilustração 5 os scores atingidos no Índice de Lawton. Considerou-se que os idosos que conseguiram

uma pontuação igual ou inferior a 3 apresentavam uma Dependência Importante. Reconhecemos, por outro lado, que os elementos que atingiram um score de 6 são Independentes. Os indivíduos com *score* entre 4 e 5 foram considerados portadores de uma Dependência Parcial.

Tabela 3 – Índice de Lawton.

Score	Frequência Absoluta	Porcentagem
0	2	8,0
1	4	16,0
2	5	20,0
3	2	8,0
4	5	20,0
5	3	12,0
6	4	16,0
Total	25	100,0

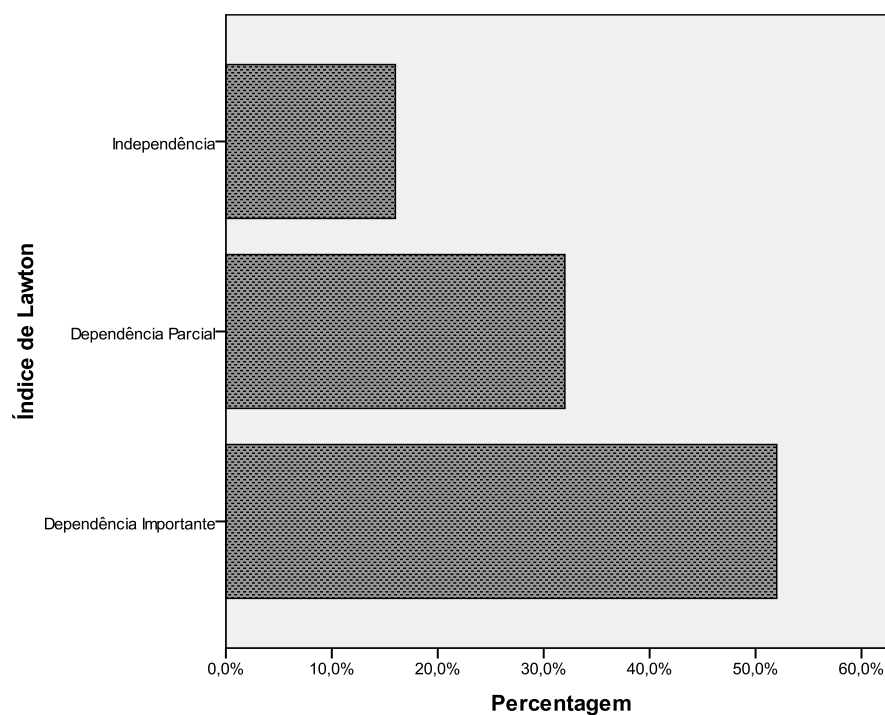


Ilustração 5 – Índice de Lawton.

Durante a revisão de sistemas geriátrica, 76% dos idosos referiram ter dificuldade em ler, ver televisão ou conduzir, devido a défice de visão e 28% queixou-se de distúrbios auditivos. (Tabela 4)

Mais de metade dos idosos (60%) entrevistados afirmou sentir problemas relacionados com a memória e 52% garantiram sentir-se tristes ou deprimidos com regularidade. (Tabela 4)

Ao testarmos as funções dos membros superiores, apenas dois idosos foram incapazes de elevar ambas as mãos à parte posterior da cabeça, mas todos conseguiram segurar uma caneta. (Tabela 4)

A mobilidade dos membros inferiores, testada pedindo aos idosos para se levantarem, darem dez passos, voltarem e sentarem-se novamente, encontrava-se comprometida em apenas um dos idosos. (Tabela 4)

Quatro idosos (16%) referiram ter perdido peso sem intenção nos seis meses anteriores. Seis (24%) reconheceram sofrer de incontinência urinária e apenas um admitiu possuir problemas relacionados com a continência intestinal. (Tabela 4)

Dezasseis anciãos (64%) tinham sofrido quedas no último ano e quinze (60%) queixaram-se de dificuldades em subir ou descer escadas, dentro ou fora de casa. (Tabela 4)

Apenas um dos idosos afirmou que bebia álcool. (Tabela 4)

Tabela 4 – Características clínicas dos idosos, por idades e sexo.

		<79 A		80-82 A		83-85 A		86-88 A		89-91 A	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Défice visual	Não	1	0	1	0	1	0	2	0	1	0
	Sim	2	0	3	1	2	2	5	1	3	0
Boa audição	Não	0	0	0	0	1	1	2	1	2	0
	Sim	3	0	4	1	2	1	5	0	2	0
Problemas de memória	Não	0	0	1	0	1	1	4	0	3	0
	Sim	3	0	3	1	2	1	3	1	1	0
Sintomas depressivos	Não	1	0	2	0	3	1	4	0	1	0
	Sim	2	0	2	1	0	1	3	1	3	0
Tocar na nuca	Não	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
	Sim	3	0	4	1	3	2	7	1	2	0
Pegar na caneta	Sim	3	0	4	1	3	2	7	1	4	0
Caminhar	Não	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Sim	3	0	3	1	3	2	7	1	4	0
Perda involuntária de peso	Não	3	0	3	1	3	2	6	1	2	0
	Sim	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0
Incontinência urinária	Não	3	0	3	1	1	1	5	1	4	0
	Sim	0	0	1	0	2	1	2	0	0	0
Incontinência fecal	Não	3	0	3	1	3	2	7	1	4	0
	Sim	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Quedas	Não	0	0	3	1	1	0	2	1	1	0
	Sim	3	0	1	0	2	2	5	0	3	0
Problemas com escadas	Não	0	0	2	1	2	0	4	1	0	0
	Sim	3	0	2	0	1	2	3	0	4	0
Beber álcool	Não	3	0	4	0	3	2	7	1	4	0
	Sim	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Quando questionados acerca do isolamento ou do apoio que têm em casa, onze idosos (44%) afirmaram residir com outra pessoa. Desse universo,

oito habitavam com um dos filhos, dois moravam com o cônjuge e um morava com o cônjuge e um filho.

Em situação de emergência, dois dos entrevistados responderam que seriam ajudados pelos respectivos cônjuges, onze recorreriam à ajuda dos filhos, três pediriam auxílio a outro familiar e sete contariam com o socorro de um vizinho próximo. Outros dois idosos afirmaram que estariam completamente sós em tal situação, não tendo qualquer assistência.

No que concerne às decisões de saúde, a maioria dos idosos (60%) tem em conta a opinião dos filhos; 8% pede ajuda ao cônjuge e 20% valem-se de outro familiar (que não cônjuge nem filho); 8% são auxiliados por um vizinho e 4% são acudidos por outra pessoa, não especificada.

Relativamente à medicação consumida habitualmente, 80% dos idosos entrevistados encontravam-se polimedicados² e 50% consomem 6 ou mais fármacos diariamente.

Tabela 5 – Consumo de fármacos.

Medicamentos consumidos	Idade				
	<79	80-82	83-85	86-88	89-91
0 (Nenhum)	0	0	0	1	0
1 (Monofarmácia)	0	0	0	1	0
2-3 (Polifarmácia Menor)	0	0	2	0	1
4-5 (Polifarmácia Moderada)	0	3	1	3	0
>5 (Polifarmácia maior)	3	2	2	3	3

² De acordo com os critérios usados pela OMS, consideramos polimedicados os indivíduos que consomem regularmente três ou mais fármacos em simultâneo.

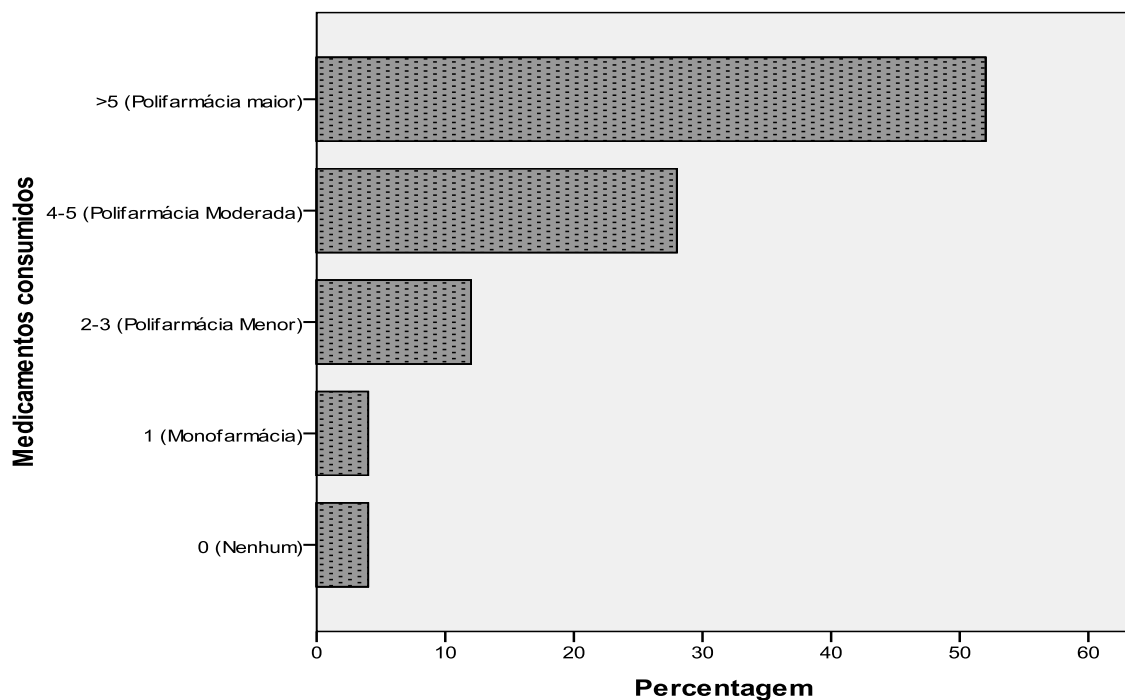


Ilustração 6 – Consumo de fármacos.

Um único idoso referiu ser sexualmente activo, outro afirmou que já alguém lhe tinha tentado causar danos intencionalmente e, também, somente um dos entrevistados assegurou que tinha tomado vacina para prevenir pneumonia.

O score das respostas ao *Mini Mental Test* foi igual ou inferior a 16 em 50% dos elementos da amostra. Trinta e seis por cento dos entrevistados tiveram scores acima de 19, valor considerado normal para indivíduos com escolaridade inferior a oito anos.

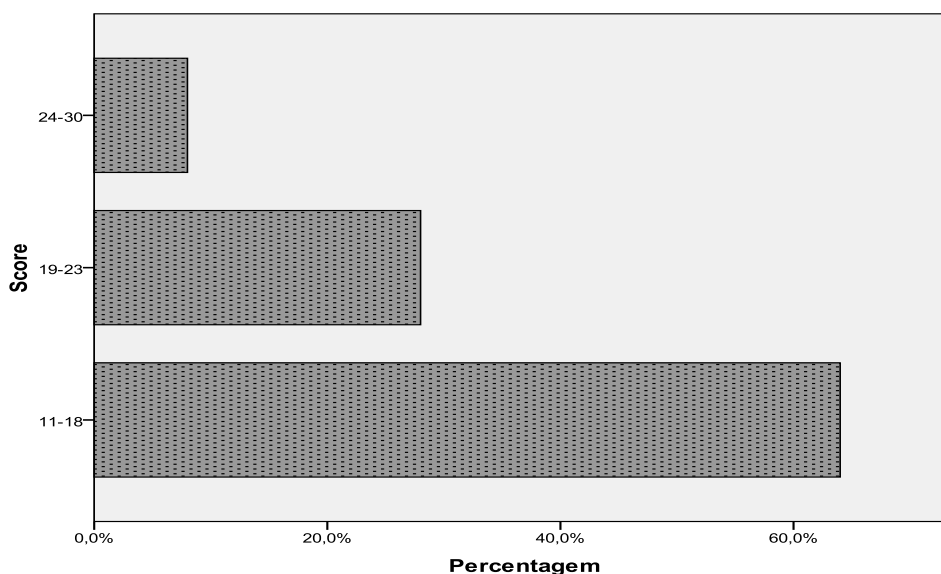


Ilustração 7 – Score atingido no *Mini Mental Test*.

Por último, no que concerne à avaliação nutricional abreviada dos idosos, cujo valor máximo possível é 14, a média de score foi de 12,24 ($\pm 1,94$), com resultados incluídos entre 8 e 14.

Durante o período que decorreu entre a realização dos inquéritos e a colheita de sangue para análise, alguns dos idosos mudaram de residência ou foram hospitalizados. Deste modo, os resultados que se seguem, relativos ao estudo hematológico, metabólico-hormonal e inflamatório, serão apresentados em função de uma amostra total de vinte e um indivíduos.

Relativamente ao Leucograma, cujos resultados se encontram resumidos na Tabela 7, a média do nível de Leucócitos foi de $8,42 \pm 3,33 \times 10^3/\mu\text{L}$ para as mulheres e de $5,73 \pm 2,03 \times 10^3/\mu\text{L}$ para os homens. A percentagem de Neutrófilos, no sexo feminino foi, em média, de $67,46 \pm 9,16$ e no sexo masculino foi de $61,83 \pm 8,49$. Os Linfócitos apresentaram médias de $22,72 \pm 8,68\%$ e de $23,05 \pm 8,39\%$ para mulheres e homens, respectivamente. Tais valores encontram-se abaixo dos considerados normais em ambos os

sexos. Os monócitos constituíram, em média, uma percentagem demasiado elevada nos homens ($11,15 \pm 3,42\%$), apesar de adequada nas mulheres ($7,52 \pm 1,99\%$). Pelo contrário, no sexo feminino a percentagem média de Eosinófilos foi inferior ao considerado normal ($1,91 \pm 0,99\%$), mas esteve dentro dos limites no sexo oposto ($3,65 \pm 4,80\%$). O número relativo médio de basófilos foi adequado tanto em homens como em mulheres, tendo sido de $0,33 \pm 0,17\%$ nos primeiros e de $0,38 \pm 0,13\%$ nas últimas.

Tabela 6 – Leucograma.

	Sexo	Missing	Média	Mediana	Desvio	Máximo	Mínimo	Valores
Leucócitos		1	.	.	.	.	.
($10^3/\mu\text{L}$)	F	0	8,42	8,00	3,33	19,70	4,10	4,5-11,0
	M	0	5,73	5,20	2,03	8,40	4,10	4,5-11,0
Neutrófilos		1	.	.	.	.	.
(%)	F	0	67,46	71,10	9,16	79,30	49,70	53,0-75,0
	M	0	61,83	61,75	8,49	71,30	52,50	53,0-75,0
Linfócitos		1	.	.	.	.	.
(%)	F	0	22,72	22,00	8,68	41,50	8,00	25,0-40,0
	M	0	23,05	24,20	8,39	31,90	11,90	25,0-40,0
Monócitos		1	.	.	.	.	.
(%)	F	0	7,52	7,00	1,99	12,60	5,00	2,0-8,0
	M	0	11,15	9,70	3,42	16,20	9,00	2,0-8,0
Eosinófilos		1	.	.	.	.	.
(%)	F	0	1,91	1,80	,99	4,20	0,00	2,0-4,0
	M	0	3,65	1,65	4,80	10,80	0,50	2,0-4,0
Basófilos		1	.	.	.	.	.
(%)	F	0	0,38	0,40	0,13	0,50	0,00	0,0-1,0
	M	0	0,33	0,35	0,17	0,50	0,10	0,0-1,0

Em termos de Eritrograma, as médias de todos os parâmetros avaliados alcançaram valores superiores no sexo masculino. (Tabela 7)

O valor médio da contagem de Eritrócitos foi de $4,34 \pm 0,34 \times 10^6/\mu\text{L}$ para as mulheres e de $4,75 \pm 4,96 \times 10^6/\mu\text{L}$ para os homens. A hemoglobina também teve médias consideradas normais em ambos os sexos, atingindo valores de $13,38 \pm 1,36\text{g/dL}$ no sexo feminino e de $15,05 \pm 1,87\text{g/dL}$ no sexo masculino. Os homens apresentaram média de Hematócrito de $43,98 \pm 5,72\%$ e as mulheres de $39,25 \pm 3,64\%$.

No sexo feminino, a média de VCM foi de $90,46 \pm 5,26\text{fL}$ e o HCM rondou os $34,05 \pm 0,47\text{pg}$. Os indivíduos do sexo oposto apresentaram média de VCM de $92,63 \pm 4,38\text{fL}$ e HCM de $31,75 \pm 1,42\text{pg}$. O valor médio de CHCM foi muito próximo entre os dois sexos ($34,05 \pm 0,47\text{g/dL}$ nas mulheres e $34,25 \pm 0,37\text{g/dL}$ nos homens).

A média do RDW foi normal nas mulheres ($14,10 \pm 1,40\%$), mas esteve ligeiramente acima do limite superior nos homens, com um valor de $14,98 \pm 15,10\%$.

Tabela 7 – Eritrograma.

	Sexo	Missing	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Valores Referência
Eritrócitos ($10^6/\mu\text{L}$)		1	.	.	.	.	.
	F	0	4,34	4,36	0,34	4,83	3,68	3,80-5,20
	M	0	4,75	4,96	0,56	5,14	3,94	3,80-5,20

Hemoglobina (g/dL)		1	.	.	.	.	.	.
	F	0	13,38	13,30	1,36	15,50	10,80	11,7-16,1
	M	0	15,05	15,25	1,87	17,10	12,60	11,7-16,1
Hematócrito (%)		1	.	.	.	.	.	.
	F	0	39,25	39,30	3,64	45,20	32,60	35,0-47,0
	M	0	43,98	44,45	5,72	50,30	36,70	35,0-47,0
VCM (fL)		1	.	.	.	.	.	.
	F	0	90,46	90,20	5,26	96,80	74,50	81,0-102,0
	M	0	92,63	91,35	4,38	98,60	89,20	81,0-102,0
HCM (pg)		1	.	.	.	.	.	.
	F	0	30,83	30,70	2,06	33,50	24,60	27,0-35,0
	M	0	31,75	31,50	1,42	33,60	30,40	27,0-35,0
CHCM (g/dL)		1	.	.	.	.	.	.
	F	0	34,05	34,00	0,47	34,70	33,10	32,0-36,0
	M	0	34,25	34,20	0,37	34,70	33,90	32,0-36,0
RDW (%)		1	.	.	.	.	.	.
	F	0	14,10	13,80	1,40	18,90	12,60	11,6-14,8
	M	0	14,98	15,10	1,45	16,60	13,10	11,6-14,8

O valor médio do nível de Plaquetas foi de $240,41 \pm 82,28 \times 10^3/\mu\text{L}$ nos elementos de sexo feminino e de $177,00 \pm 78,59 \times 10^3/\mu\text{L}$ nos de sexo masculino. Relativamente aos primeiros, a média de VS rondou os $45,93 \pm 23,67 \text{mm/H}$ e nos últimos foi de $22,25 \pm 22,50 \text{mm/H}$. (Tabela 8)

Tabela 8 – Plaquetograma e Velocidade de Sedimentação.

	Sexo	Missing	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Valores Referência
Plaquetas (10 ³ /μL)		1	.	.	.	.	.
	F	0	240,41	250,00	82,28	436,00	104,00	150-400
	M	0	177,00	174,50	78,59	275,00	84,00	150-400
VPM (fL)		1	.	.	.	.	.
	F	0	9,96	9,60	1,36	12,80	7,70	
	M	0	9,70	9,85	1,56	11,20	7,90	
Plaquetório (%)		1	.	.	.	.	.
	F	0	0,23	0,25	0,06	0,35	0,11	
	M	0	0,17	0,19	0,06	0,22	0,08	
PDW (%)		1	.	.	.	.	.
	F	0	16,52	16,50	0,63	18,20	15,80	
	M	0	16,70	16,70	0,29	17,00	16,40	
VS (mm/H)		1	.	.	.	.	.
	F	2	45,93	41,00	23,67	86,00	13,00	0,0-30
	M	0	22,25	22,50	2,50	25,00	19,00	0,0-30

O estudo das anemias mostrou, em termos gerais, médias aceitáveis dos parâmetros avaliados (Tabela 9). O nível de Ferro, em média, foi de $81,59 \pm 25,36 \mu\text{g/dL}$ nas mulheres e de $73,98 \pm 83,20 \mu\text{g/dL}$ nos homens. O valor médio de Ferritina foi de $103,74 \pm 60,40 \text{ng/mL}$ no sexo feminino. Contudo, no sexo oposto atingiu um nível superior ao considerado normal ($212,10 \pm 189,17 \text{ng/mL}$).

O nível médio de Ácido fólico e de Vitamina B12 esteve entre os valores de referência em ambos os sexos. Nas mulheres, o valor médio de Ácido fólico foi de $8,71 \pm 2,34 \mu\text{g/dL}$ e nos homens rondou os $11,48 \pm 5,28 \mu\text{g/dL}$. A Vitamina B12 teve uma média de $609,79 \pm 327,12 \text{pg/mL}$ no sexo feminino e de $444,45 \pm 299,88 \text{pg/mL}$ no sexo masculino.

Tabela 9 – Estudo das anemias.

	Sexo	Missing	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Valores Referência
Ferro ($\mu\text{g/dL}$)	F	0	81,59	86,20	25,36	118,60	27,80	60,0-180,0
	M	0	73,98	83,20	51,62	125,50	4,00	60,0-180,0
Ferritina (ng/mL)	F	0	103,74	90,00	60,40	279,30	28,80	13,0-150,0
	M	0	212,10	153,70	189,17	484,60	56,40	13,0-150,0
Ác.Fólico (ng/mL)	F	1	8,71	8,50	2,34	13,80	5,50	3,1-17,5
	M	0	11,48	9,40	5,28	19,30	7,80	3,1-17,5
VitB12 (pg/mL)	F	1	609,79	501,10	327,12	1234,00	253,30	197,0-866,0
	M	0	444,45	391,45	299,88	843,60	151,30	197,0-866,0

No que concerne à análise bioquímica do soro, a Glicose, a Creatinina e a PCR foram os únicos parâmetros cujas médias se mostraram alteradas.

(Tabela 10)

O valor médio de Glicose atingido foi de $106,12 \pm 25,71$ mg/dL nas mulheres e de $105,50 \pm 29,26$ mg/dL nos homens. A Creatinina, nas mulheres, teve uma média de $1,04 \pm 0,23$ mg/dL e, nos homens, de $1,03 \pm 0,21$ g/dL. O nível médio de PCR foi de $2,07 \pm 4,77$ mg/dL no sexo feminino e rondou $1,39 \pm 0,77$ mg/dL no masculino.

Tabela 10 – Análise do soro.

	Sexo	Missing	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Valores Referência
Glicose (mg/dL)		1	.	.	.	.	.
	F	0	106,12	102,00	25,71	177,00	79,00	70-100
	M	0	105,50	96,50	29,26	148,00	81,00	70-100
Ureia (mg/dL)		1	.	.	.	.	.
	F	0	40,29	38,00	10,43	66,00	22,00	17-50
	M	0	34,75	36,50	8,46	42,00	24,00	17-50
Creatinina (mg/dL)		1	.	.	.	.	.
	F	0	1,04	1,00	0,23	1,80	0,70	0,5-1,0
	M	0	1,03	1,05	0,21	1,20	0,80	0,5-1,0
Ác. Úrico (mg/dL)		1	.	.	.	.	.
	F	0	4,98	5,00	1,09	6,30	2,20	0,0-5,7
	M	0	5,70	5,70	1,22	6,90	4,50	0,0-5,7
Sódio (mmol/L)		1	.	.	.	.	.
	F	0	139,47	139,00	3,12	145,00	134,00	135,0-145,0
	M	0	138,50	138,50	2,08	141,00	136,00	135,0-145,0
Potássio (mmol/L)		1	.	.	.	.	.
	F	0	4,62	4,80	0,51	5,20	3,20	3,5-5,1

	M	0	5,05	5,10	0,37	5,40	4,60	3,5-5,1
		1	.	.	.	.	.
AST	F	0	21,18	20,00	5,80	34,00	14,00	0-32
(U/L)								
	M	0	21,00	21,00	1,83	23,00	19,00	0-32
		1	.	.	.	.	.
ALT	F	0	15,65	14,00	6,05	32,00	9,00	0-31
(U/L)								
	M	0	15,50	16,00	1,00	16,00	14,00	0-31
		1	.	.	.	.	.
LDH	F	0	415,29	403,00	68,90	571,00	311,00	240-480
(U/L)								
	M	0	464,75	455,50	72,99	555,00	393,00	240-480
		1	.	.	.	.	.
ProteínasTotais	F	0	7,56	7,50	0,55	8,60	6,40	6,4-8,3
(g/dL)								
	M	0	7,23	7,10	0,43	7,80	6,90	6,4-8,3
		1	.	.	.	.	.
PCR	F	1	2,07	0,42	4,77	18,90	0,10	0,00-0,75
(mg/dL)								
	M	0	1,39	1,41	0,77	2,25	0,47	0,00-0,75
		1	.	.	.	.	.
Triglicerídeos	F	0	150,65	147,00	57,26	262,00	64,00	60-200
(mg/dL)								
	M	0	115,25	109,00	37,50	164,00	79,00	60-200
		1	.	.	.	.	.
Colesterol Total	F	0	187,47	187,00	35,84	266,00	119,00	100-200
(mg/dL)								
	M	0	172,25	172,50	34,77	213,00	131,00	100-200
		1	.	.	.	.	.
HDL	F	0	46,88	48,00	7,90	61,00	34,00	40-60
(mg/dL)								
	M	0	41,25	41,00	6,60	49,00	34,00	40-60
		1	.	.	.	.	.
LDL								

(mg/dL)	F	0	110,88	115,00	32,27	175,00	66,00	100-130
	M	0	108,50	108,50	26,08	139,00	78,00	100-130

A função tiroideia foi avaliada através da quantificação de TSH e T3 e T4 livres (Tabela 11). Os valores médios destes três parâmetros encontram-se dentro dos valores de referência em ambos os sexos.

Tabela 11 – Função tiroideia.

	Sexo	Missing	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Valores Referência
TSH (μ U/mL)	F	0	2,71	1,50	3,17	12,91	0,33	0,30-3,94
	M	0	3,80	1,52	5,22	11,60	0,57	0,30-3,94
T3livre (pg/mL)	F	0	2,64	2,66	0,49	3,80	1,46	2,42-4,36
	M	0	2,77	2,83	0,35	3,12	2,29	2,42-4,36
T4livre (ng/dL)	F	0	1,24	1,19	0,24	1,92	0,97	0,95-1,57
	M	0	1,47	1,33	0,34	1,98	1,26	0,95-1,57

O estudo das alergias abarcou apenas a quantificação da IgE, cuja média foi de $38,22 \pm 56,52$ KU/l nas mulheres e de $17,10 \pm 12,63$ KU/l nos homens, como se pode ler na Tabela 12.

Tabela 12 – Estudo das alergias.

		Missing	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Valores Referência
IgE Total		1	.	.	.	.	.
(KU/L)	F	0	38,22	18,00	56,52	244,00	3,24	0,00-120
	M	0	17,10	19,05	12,63	29,50	0,78	0,00-120

A eletroforese das proteínas revelou alterações a diversos níveis. A percentagem de Albumina esteve, em média, abaixo do limite inferior ($58,76 \pm 3,65\%$) nas mulheres. Nos homens, o valor médio foi já considerado normal ($60,95 \pm 2,28\%$). A média de Alfa1-globulina foi normal no sexo feminino ($2,82 \pm 0,70\%$), mas ultrapassou os valores de referência no sexo masculino ($3,15 \pm 0,62\%$). O valor médio de Alfa 2-globulina estava alterado tanto nos homens como nas mulheres, tendo sido de $12,77 \pm 1,79\%$ nos primeiros e de $11,30 \pm 1,42$ nas últimas. As percentagens médias de Beta-globulina e Gama-globulina mantiveram-se dentro dos limites da normalidade. (Tabela 13)

Tabela 13 – Eletroforese das proteínas.

	Sexo	Missing	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Valores Referência
Albumina		1	.	.	.	.	.
(%)	F	0	58,76	57,90	3,65	64,60	51,80	60,0-71,0
	M	0	60,95	61,10	2,28	63,20	58,40	60,0-71,0
Alfa1		1	.	.	.	.	.
(%)	F	0	2,82	2,60	0,70	4,60	2,10	1,4-2,9

Alfa2 (%)	M	0	3,15	3,00	0,62	4,00	2,60	1,4-2,9
		1	.	.	.	.	.
	F	0	12,77	12,90	1,79	16,10	9,40	7,0-11,0
Beta (%)	M	0	11,30	11,50	1,42	12,80	9,40	7,0-11,0
		1	.	.	.	.	.
	F	0	11,69	11,90	1,64	14,90	8,50	8,0-13,0
Gama (%)	M	0	10,47	10,60	1,69	12,10	8,60	8,0-13,0
		1	.	.	.	.	.
	F	0	13,95	13,50	2,71	20,80	10,40	9,0-16,0
	M	0	14,13	14,65	2,33	16,00	11,20	9,0-16,0

A medição dos níveis de Imunoglobulinas revelou valores médios de IgA, IgG e IgM normais em homens e mulheres. (Tabela 14)

Tabela 14 – Imunoglobulinas.

	Sexo	Missing	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Valores Referência
IgA (mg/dL)		1	.	.	.	.	.
	F	0	324,94	304,00	147,58	692,00	162,00	70-400
	M	0	301,50	276,00	128,12	467,00	187,00	70-400
IgG (mg/dL)		1	.	.	.	.	.
	F	0	1109,71	1098,00	201,19	1570,00	873,00	700-1600
	M	0	1079,75	1083,00	227,38	1341,00	812,00	700-1600
IgM (mg/dL)		1	.	.	.	.	.
	F	0	111,29	88,00	77,76	363,00	33,00	40-230
	M	0	115,00	95,00	88,00	239,00	31,00	40-230

Relativamente à função gonadal e hipofisária, a única alteração a realçar é o valor médio de FSH superior ao normal no sexo masculino (10,64±3,81mUI/mL). (Tabela 15)

Tabela 15 – Função gonadal e hipofisária.

	Sexo	Missing	Média	Mediana	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo	Valores Referência
FSH (µm/mL)	F	0	50,74	45,56	20,88	92,67	22,13	20-138 ³
	M	0	10,64	10,02	3,81	15,42	7,09	1-8
LH (µm/mL)	F	0	25,84	21,81	14,74	60,41	5,93	15-62 ⁴
	M	0	11,05	9,59	4,33	17,36	7,66	2-12
Estradiol (pg/mL)	F	0	22,71	22,00	11,53	47,00	,00	0,0-41 ⁴
	M	0	48,25	46,50	7,41	58,00	42,00	0,0-77
Progesterona (ng/mL)	F	0	0,21	0,21	0,12	0,55	0,04	0,0-0,82 ⁴
	M	0	0,38	0,26	0,27	0,79	0,21	0,0-3,37
Testosterona (ng/mL)	F	3	0,37	0,31	0,18	0,73	0,16	0,10-0,90
	M	0	4,51	4,31	1,63	6,41	2,99	3,0-10,60
Cortisol (µg/dL)	F	0	16,75	17,70	3,45	23,00	9,70	4,2-38,4 ⁴
	M	0	14,08	12,00	6,98	23,90	8,40	4,2-38,

³ Valores de referência para mulheres pós-menopáusicas.

⁴ Valores de referência para cortisol medido de manhã.

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional é, inequivocamente, um fenómeno mundial (9). De acordo com dados divulgados pela OMS, em 2000 havia 600 milhões de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos e estima-se que esse número crescerá para 1,2 biliões em 2025 e atingirá os 2 biliões até 2050. Sabe-se ainda que, nos países desenvolvidos, o grupo populacional com crescimento mais célere corresponde aos *muito idosos* (“very old”), ou seja, aos indivíduos com mais de oitenta anos. (Ilustração 8)

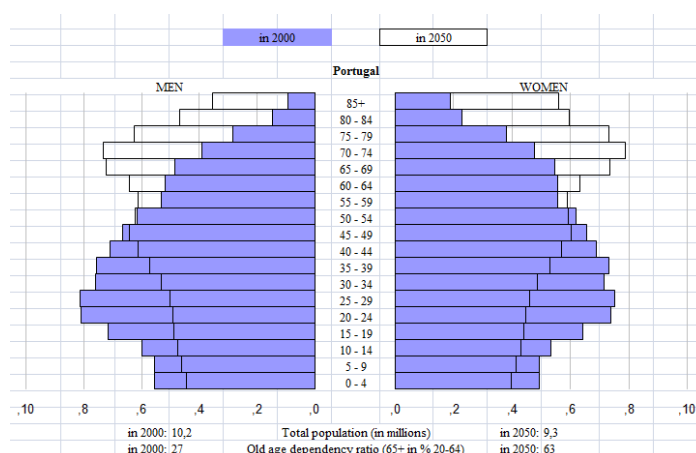


Ilustração 8 – População agrupada por idade e sexo, em 2000 e 2050, em percentagem à população total em cada grupo. [Retirado do *síte* da OECD (Organisation for economic co-operation and development)]

Com uma situação demográfica semelhante à dos demais países desenvolvidos, prevê-se que, em 2050, Portugal seja a quarta nação da União Europeia com maior percentagem de idosos (10).

Esta enorme mudança demográfica acarreta grandes consequências em termos económicos, sociais e culturais. Contudo, para que se criem novas políticas públicas, adequadas a esta diferente realidade, é necessário identificar os problemas prioritários dos idosos e definir que medidas devem ser aplicadas para enfrentar os problemas emergentes. Urge, portanto, a existência de mais estudos epidemiológicos no nosso país no âmbito da terceira idade.

Devido à escassez de trabalhos sobre os anciãos portugueses, considerou-se importante caracterizar os idosos residentes na comunidade na Covilhã, cidade pertencente a uma das regiões mais envelhecidas do nosso país.

Situado na Cova da Beira, o concelho da Covilhã compreende uma área de 555,6 km² e apresenta uma densidade populacional de 94,6 habitantes por km². Dos 52553 habitantes residentes neste concelho, 10825 são idosos (idade igual ou superior a 65 anos), 40,7% dos quais são do sexo masculino e 59,3% são do sexo feminino (11).

A amostra do nosso estudo, constituída por vinte e cinco elementos, apresenta uma média de idades elevada (84,56 anos), verificando-se um predomínio acentuado do sexo feminino (84%). Esta preponderância pode dever-se a factores biológicos, sociais e culturais, que levam a uma maior esperança média de vida das mulheres. Em Portugal, estas vivem, em média, cerca de seis anos a mais que os homens (11).

Diversos estudos têm demonstrado uma relação entre o nível de saúde auto-referido dos idosos e as condições sócio-económicas (12,13). A auto-

percepção da saúde é ainda um importante indicador de mortalidade e declínio funcional. Contrastando com os valores iguais ou superiores a 60% encontrados em estudos anteriormente realizados no Brasil (14-17), no nosso trabalho, somente 20% das pessoas idosas entrevistadas referiram apresentar uma saúde boa e 12% uma saúde muito boa.

A dor corporal afecta de forma negativa a qualidade de vida dos idosos, uma vez que aumenta o risco de *stress* e a agitação, limita as actividades e, assim, acarreta um maior isolamento social (18). De acordo com informações reveladas publicamente pelo Dr. Castro Lopes, coordenador de um estudo recente na Faculdade de Medicina do Porto, 30% da população portuguesa sofre de dor crónica, sendo que em pessoas com mais de setenta e cinco anos, a incidência de dor crónica é de 13% para os homens e 23% para as mulheres. No nosso estudo, 72% dos idosos afirmaram ter tido dor no mês anterior à aplicação dos inquéritos e, em relação à intensidade da dor, o grau de exuberância dolorosa mais apontado foi o da dor severa (40%), estando este resultado corroborado por um estudo efectuado com idosos institucionalizados de Goiânia, no Brasil (19).

Segundo Bonardi (2007), a saúde já não se mede pela presença ou ausência de patologias, mas pelo nível de preservação das competências funcionais (20). A avaliação funcional do idoso procura verificar até que ponto as patologias presentes dificultam a execução das tarefas básicas diárias, de forma autónoma, isto é, sem necessidade de adaptações ou auxílio de outrem (21).

Entre as ABVD clássicas propostas pela primeira vez em 1963, por Sidney Katz, encontram-se as funções de sobrevivência, ou seja, as

actividades básicas do quotidiano, como sejam a capacidade para alimentar-se, deslocar-se, vestir-se, banhar-se, ter continência de esfíncteres e usar o quarto de banho.

No nosso estudo, apenas 32% dos idosos se mostraram totalmente independentes. Tais dados sugerem que, apesar de não estarem institucionalizados, muitos dos anciãos da nossa amostra são frágeis, têm maior possibilidade de virem a ingressar numa instituição (22) e correm um maior risco de mortalidade (21). O número de idosos independentes foi bastante inferior ao que seria de esperar por comparação com trabalhos em que os idosos estudados residiam em lares, nomeadamente, o estudo de Padilha et al (2006), no qual 56% das pessoas foram consideradas independentes (23) ou com o trabalho de Cordeiro et al (2002), em que num grupo seleccionado de idosos institucionalizados e, portanto, à partida, mais dependentes, 84% apresentaram independência modificada/completa (24).

Para avaliar a capacidade de execução das AIVD, usamos o Índice elaborado em 1969 por Lawton e Brody, e amplamente utilizado em estudos semelhantes a este desde então. Esta escala mede a aptidão para desempenhar gestos mais complexos que as actividades básicas diárias, ou seja, acções como cozinhar, usar o telefone e gerir finanças, entre outros.

Na amostra estudada, 84% dos idosos apresentaram dificuldade em, pelo menos, uma das seis actividades instrumentais avaliadas, um valor que se revela substancialmente alto, comparando com o estudo recente efectuado em São Paulo (Brasil) em que apenas 48,9% dos entrevistados, maiores de setenta e cinco anos, possuíam dificuldades neste tipo de acções (25). De igual

modo, no trabalho de Pereira (2007), aplicado a idosos do condomínio de Vila Vida em Jataí-Go (Brasil), somente 40,8% das pessoas afirmou ter dificuldade numa das AIVD questionadas (26).

A dificuldade visual é um problema comum entre os idosos, podendo afectar as capacidades funcionais dos mesmos, assim como a sua qualidade de vida (27). De acordo com os critérios da OMS, a prevalência de défice visual varia entre 0,1% e 11,8% e a cegueira afecta 0,1% dos adultos com idades compreendidas entre 55 e 64 anos e 3,9 % dos idosos com oitenta e cinco anos ou mais. Para os anciãos com idade igual ou superior a setenta e cinco anos, o aumento da prevalência de défice visual deve-se essencialmente a cataratas relacionadas com a idade, e a cegueira tem como principal causa a degenerescência da mácula relacionada com a idade (28).

Num estudo anteriormente realizado no México, em que foi aplicado o teste de Snellen aos idosos, as taxas de défices visuais rondaram os 13,5% e a cegueira funcional atingiu 5% dos indivíduos (29). Li (2008), aplicando um teste de potencial de acuidade visual de *pinhole*, mostrou que a perda de visão afectou 1,84% e a cegueira abrangeu 1,35% dos idosos chineses estudados. Este último trabalho permitiu ainda concluir que as alterações da acuidade visual crescem exponencialmente com a idade, são inversamente proporcionais ao nível de educação e atingem mais as mulheres do que os homens (30).

O nosso estudo tem como limitação o facto de se basear em défices visuais auto-referidos, não comprovados por testes oftalmológicos. Entre os idosos inquiridos na nossa amostra, 76% queixaram-se de défice de visão,

resultado que se pode equiparar ao encontrado noutros trabalhos, nomeadamente num que se debruçou sobre idosos residentes em meio rural brasileiro, no qual 70,8% possuíam défice visual (31).

O défice auditivo é um dos mais incapacitantes distúrbios de comunicação e, segundo a Dr.^a Sady Selaimen da Costa, Presidente da Sociedade Brasileira de Otologia, constitui um dos mais importantes factores de desagregação social. A presbiacusia, caracterizada pela perda de audição bilateral, tipicamente para tons agudos, deve-se às mudanças degenerativas e fisiológicas no sistema auditivo relacionadas com a idade (32).

Tal como o efectuado para avaliar a perda visual, o nosso trabalho cingiu-se aos distúrbios auditivos auto-referidos. Da nossa amostra, 28% dos idosos queixou-se de perda de audição, um valor baixo, quando confrontado com o trabalho de Moraes (2008), em que os problemas auditivos foram referidos por 40,9% da amostra, cuja média de idades era bastante semelhante à do presente estudo (84,1 anos) (31).

A memória tem sido objecto de análise por parte de muitos investigadores que estudam a organização e os processos mentais nos idosos (33). Segundo Rebouças (2008), 16% da população idosa dos Estados Unidos da América possui um comprometimento da memória. No nosso estudo, esse problema foi nomeado por 60% dos idosos. Contudo, segundo Barker (1993), as queixas de memória auto-referidas relacionam-se mais com factores afectivos e, provavelmente, de personalidade, do que propriamente com o desempenho em testes de memória (34).

A depressão é a doença mental que ocorre com mais frequência nos idosos. Neste grupo etário, a depressão faz-se, ainda, acompanhar de sintomas somáticos, hipocondria, redução da auto-estima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência auto-depreciativa, transtornos do sono e do apetite e ideação paranóide e suicida recorrente (35), subindo o risco de suicídio nos idosos deprimidos para o dobro dos não deprimidos (36).

Estudos já existentes têm demonstrado uma relação positiva entre a idade e a presença de sintomas depressivos. Num estudo realizado com idosos a frequentar centros de convivência, a incidência de depressão foi de 31%, dos quais 26% apresentavam depressão leve a moderada e 4% eram portadores de depressão grave. Num trabalho semelhante, que usou idosos institucionalizados, encontrou-se uma prevalência de sintomas depressivos de 21,1% (37). No nosso trabalho, 52% dos inquiridos referiram sentir-se tristes ou deprimidos regularmente.

A função muscular é uma das mais prejudicadas com o avançar da idade. Segundo Matsudo (2002), a sarcopenia, resultante da perda de função, atrofia e perda de força da musculatura não estimulada, parece ser a principal causa da perda de autonomia do idoso (38). Além do seu impacto na mobilidade, funcionalidade e autonomia dos anciãos, a força reflecte-se ainda no risco de quedas e de fracturas, já por si facilitadas pela desmineralização óssea típica desta faixa etária (39). Shepard (2003) e Fleck e Kraemer (1999) descrevem um declínio da força muscular, nomeadamente da força de preensão manual, com o avanço da idade (40,41), mais acentuado ainda após os 70 anos (42).

Diferentemente do encontrado na literatura existente, grande parte da amostra estudada demonstrou uma manutenção razoável da força dos membros superiores. Assim, somente dois idosos foram incapazes de elevar ambas as mãos à parte posterior da cabeça e todos eles se mostraram aptos para segurar numa caneta.

A locomoção é um processo cujo funcionamento íntegro envolve os sistemas nervoso, musculoesquelético e cardiovascular. Esta capacidade tende a deteriorar-se com a ancianidade, podendo acarretar, assim, sérias limitações na execução das actividades diárias (43).

Num estudo, em que se aplicou o teste TUG (“Timed up and go”) a idosos institucionalizados, 80% conseguiram realizar o teste em menos de 20 segundos, o que reflecte uma boa mobilidade (44). Um outro trabalho, dirigido a idosos a residir na comunidade, considerou que 46,1% da amostra possuía uma mobilização dentro do normal (45). No nosso estudo, apenas um dos vinte e cinco idosos, demonstrou incapacidade para executar a tarefa indicada para avaliar a mobilidade dos membros inferiores (que consistia em levantar-se, dar 10 passos, voltar e sentar-se).

O peso dos idosos constitui um problema geriátrico dicotómico. Apesar da elevada prevalência de excesso de peso nesta faixa etária, a diminuição da ingestão de alimentos e a perda de motivação para comer constituem actualmente uma grande preocupação (46). Segundo Huffman (2002), a perda não intencional de peso nos idosos está associada a um maior risco de infecção, depressão e morte e deve-se, geralmente, a doenças malignas,

patologia cardíaca, problemas depressivos e doenças gastrointestinais benignas (47).

A prevalência de perda involuntária de peso em idosos varia substancialmente entre os diversos estudos encontrados, atingindo os 27% em populações de risco, nomeadamente idosos incontinentes a viver sozinhos, recebendo serviços comunitários (48). Na nossa amostra, 16% dos idosos referiram ter perdido peso involuntariamente nos seis meses prévios à realização dos inquéritos.

De acordo com a Sociedade Internacional de Incontinência, a incontinência urinária é uma “condição na qual a perda involuntária de urina é um problema social ou higiénico e é objectivamente demonstrada” (49). Este problema atinge ambos os sexos, mas nas mulheres aumenta com a idade, podendo atingir os 25% após a menopausa (50). A prevalência de incontinência urinária oscila significativamente entre os vários estudos, tendo sido apontados em dois estudos europeus recentes valores flutuando entre 18% e 42% nas mulheres (51,52) e 7% e 13% nos Homens (51,53). Em 2002, a Associação Portuguesa de Urologia (APU) apontou para uma prevalência deste sintoma de 15 a 30%, em pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. No nosso estudo, 24% dos idosos referiram apresentar incontinência urinária.

Estima-se que a incontinência fecal atinja 0,1 a 5% dos indivíduos (54). Segundo Nelson et al (1995), 2,2% da população é afectada por este problema e, desses, 30% possuem idades iguais ou superiores a sessenta e cinco anos. Estes autores apontam, ainda, como factores de risco independentes para este sintoma, o sexo feminino, a idade avançada, um estado geral de saúde

precário e as limitações físicas. No nosso estudo, apenas um idoso (4%) reconheceu sofrer de incontinência fecal, sendo este do sexo feminino.

O risco de queda aumenta significativamente com a idade (55), de modo que 30 a 60% dos idosos sofrem, pelo menos, uma queda por ano e metade desses cai de forma recorrente (56, 57). Em idosos institucionalizados, a prevalência desta problemática pode atingir os 54,1% (58).

As escadas são referidas em cerca de 10 a 15% das quedas em anciãos e 70% das pessoas que morrem devido a uma queda em degraus possuem idade igual ou superior a sessenta e cinco anos (59). Um estudo realizado em Chicago, dirigido a pessoas com sessenta anos ou mais, demonstrou que a maior parte das pessoas conseguia subir degraus sem dificuldade. Contudo, uma minoria substancial vivia em casas com escadas, apesar da sua dificuldade ou mesmo incapacidade para as subir (60). No nosso estudo, as dificuldades sentidas em subir e descer escadas tiveram uma maior relevância, tendo sido referidas por 60% dos idosos entrevistados.

Segundo Rigo (2005), foi diagnosticado etilismo em 4,1% dos pacientes com idades entre os sessenta e os noventa e quatro anos, atendidos num pronto-socorro psiquiátrico (61). Num outro estudo, o consumo excessivo episódico de álcool, em homens maiores de sessenta anos, teve prevalências que variaram de 13,2 a 27%, dependendo da região (62). Mais de um terço das pessoas maiores de sessenta e cinco anos, residentes na América do Norte, bebem álcool e 10% abusam desta substância (63). Também no trabalho de Mirand (1996), 62% dos idosos estudados, com idades entre os sessenta e os noventa e quatro anos, a viver na comunidade, bebiam álcool e o consumo pesado desta substância foi encontrado em 13% dos homens e 2% das

mulheres (64). Contrastando com os trabalhos mencionados, na nossa amostra, apenas um idoso (4%), do sexo masculino, admitiu consumir bebidas alcóolicas.

Sherer (2004), citando Keneth W. Watcher, estima que, em 2030, o número de americanos com idades entre os setenta e oitenta e cinco anos a viver sem a companhia de um cônjuge, filhos, enteados, irmãos ou meios-irmãos, será superior a 2 milhões (65). Também em Portugal há cada vez mais pessoas a morar sozinhas e 54,5% destas possuem idade igual ou superior a sessenta e cinco anos (INE, 2001). Kaasa (1998), afirma que 17% dos idosos com mais de oitenta anos, contidos no seu estudo, referiram que geralmente se sentem sós. Este autor concluiu ainda que existe uma relação positiva entre sentimento de solidão e baixo grau de saúde auto-percebida, visão e audição piores, menor capacidade de executar ABVD, perda do cônjuge, baixa rede social, ausência de *hobbies* e posse de um alarme de segurança.

No nosso estudo, 56% dos idosos referiram que moravam sozinhos e dos 44% que viviam acompanhados, 81,8% coabitava com um dos filhos. Consequentemente, imaginando uma situação de emergência, a maioria das pessoas entrevistadas referiu que pediria ajuda a um dos descendentes. De igual modo, nas decisões de saúde, a opinião dos filhos é a que mais os idosos têm em conta.

Como atrás foi mencionado, segundo os critérios estabelecidos pela OMS, o termo *polimedicação* refere-se ao uso regular de três ou mais fármacos em simultâneo. Contudo, este conceito é ainda fonte de controvérsia e diversos estudos relatam os seus resultados tendo por base diferentes definições de polimedicação. Filho (2006), apontou uma prevalência de polifarmácia, aqui

considerada o uso de dois ou mais fármacos, de 70,4%, em indivíduos com mais de 60 anos (66). Já Carvalho (2007) assumiu como polimedicação o uso de, no mínimo, quatro medicamentos em simultâneo, tendo obtido uma prevalência dessa condição de 31,5%, num trabalho também com indivíduos maiores de sessenta anos (67). No nosso país, foi referido publicamente por um dos autores de um recente estudo da Faculdade de Farmácia da Faculdade de Lisboa, em Novembro de 2007, que os idosos com idade superior a sessenta e cinco anos tomam, em média, sete medicamentos por dia e em alguns casos dezassete medicamentos⁵. No nosso trabalho, seguimos os critérios da OMS para polimedicação, tendo a sua prevalência sido de 80%. O consumo máximo encontrado foi de onze fármacos e a média de utilização foi de 5,48 medicamentos em simultâneo.

Tal como menciona Steinke (1997), a sexualidade na terceira idade é ainda bastante negligenciada pela medicina, é pouco conhecida e entendida pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais de saúde (68). Estudos recentes de diversos países têm mostrado a existência de uma prevalência de vida sexual activa nos idosos superior à estimada em trabalhos anteriores, nomeadamente o de Schiavi (1995), no qual menos de 15% dos idosos foram considerados sexualmente activos (69). Num estudo mais actual sobre a sexualidade pós-menopáusia em Portugal, 41,3% das mulheres com mais de setenta anos eram sexualmente activas (70). Noutra investigação, realizada em 2001, sobre a sexualidade de idosos cubanos de ambos os sexos, 80% dos entrevistados referiu ser sexualmente activo (71). Em 2007, Laumann mostrou que, entre os idosos de setenta e cinco a oitenta e cinco

⁵ In <http://portal.alert-online.com>

anos, 26% mantinham uma vida sexual activa (72). Contrariando os resultados dos trabalhos mencionados, na nossa amostra, apenas um dos idosos, do sexo feminino, afirmou ser sexualmente activo.

Devido à sua fragilidade física e psicológica, os idosos são alvo frequente de maus-tratos por parte de familiares ou outros cuidadores e, a julgar pelas notícias mais recentes, estas agressões parecem estar a aumentar. Segundo declarações proferidas publicamente por Joana Marques Vidal, presidente da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), esta entidade recebeu, em 2005, cerca de 5000 queixas de actos violentos contra idosos, um número dez vezes superior ao de 2000⁶. A Guarda Nacional Republicana (GNR) expôs que, em 2006, abriu cento e trinta e nove inquéritos por maus-tratos a idosos, o que, confrontando com as oitenta e duas queixas registadas no ano anterior, corresponde a um aumento de 60%. Desde então, os números têm sido cada vez maiores, registando-se um aumento de 20,4% de 2006 para 2007 de pessoas idosas vítimas de maus-tratos que contactaram a APAV. Contudo, apesar das estatísticas apontarem para uma alta prevalência de actos violentos contra os idosos, apenas um dos entrevistados no nosso trabalho referiu que alguém lhe tinha tentado causar danos intencionalmente. Todavia, sabe-se que muitos idosos omitem ser vítimas de maus-tratos, por medo de sofrer represálias ou porque estão afectivamente ligados aos agressores (73,74) que, muitas vezes, são seus familiares (75,76).

Os idosos são um grupo de risco para o desenvolvimento de pneumonia. Deste modo, a OMS recomenda a sua imunização contra *Streptococcus pneumoniae* (Pneumococo), o principal agente etiológico causador de

⁶ Em declarações à TSF.

Pneumonia adquirida na comunidade (PAC) que requer hospitalização (30-50%) (77). Apesar destas recomendações, apenas um dos idosos abarcados no nosso estudo garantiu que lhe tinha sido administrada uma vacina para prevenção de pneumonia.

Num estudo realizado com idosos residentes na comunidade do Rio de Janeiro, cuja média de idades era $73,13 \pm 5,27$, o *score* médio atingido no *Mini Mental Test* foi $19,91 \pm 5,35$ (78). Contudo, no grupo de idosos mais velhos (idade média de $88 \pm 4,9$ anos), o *score* médio alcançado foi $16,9 \pm 4,96$. O *score* médio atingido pelos idosos do nosso estudo no Mini Mental Test foi $17 \pm 4,36$, um valor próximo do considerado normal (19 pontos), tendo em conta que toda a amostra de idosos possuía menos de oito anos de escolaridade (79). Scores acima de 19 foram conseguidos por 36% dos idosos.

Problemas como anorexia, ausência de dentição completa, depressão e dificuldade de acesso e preparação dos alimentos são alguns dos factores que fazem dos idosos um grupo de risco para desnutrição, risco esse que é ainda mais acentuado para os que moram sozinhos.

O *Mini Nutritional Assessment* (MNA) é usado desde os anos 90 em diversos estudos para avaliar a nutrição dos idosos. No estudo realizado no Rio de Janeiro (Brasil), por Pereira (2004), 36,1% dos idosos apresentavam um estado nutricional adequado (80), 55,6% estavam sob risco de desnutrição e 8,3% foram considerados desnutridos. Em 2005, Matos realizou um estudo idêntico na zona urbana no Distrito do Bonfim Paulista (Brasil), no qual, segundo o MNA, 51,1% dos idosos se encontravam eutróficos (81), 37,7% sob risco de desnutrição e 11,2% desnutridos. No nosso trabalho, 64% dos idosos foram considerados bem nutridos, de acordo com o MNA. O facto de nos

termos cingido às questões de triagem desta avaliação, categorizando os indivíduos somente em 'normal' ou 'em risco de desnutrição', tornou impossível saber se, dos 36% englobados neste último grupo, algum se encontrava realmente desnutrido.

O Hemograma é o exame de primeira linha para o estudo da função hematológica e envolve a quantificação dos diferentes elementos celulares (leucócitos, eritrócitos e plaquetas). Num estudo realizado, Tsang (1998) refere que a média da Hemoglobina nas mulheres foi de $14,3 \pm 10,9$ g/dL e nos homens foi de $15,6 \pm 11,9$ g/dL, valores superiores aos da nossa amostra ($13,38 \pm 1,36$ g/dL e $15,05 \pm 1,87$ g/dL, respectivamente) (82). Também o Hematócrito teve médias superiores no estudo de Tsang ($42 \pm 0,03\%$ no sexo feminino e $45 \pm 0,03\%$ no sexo masculino) do que no nosso ($39,25 \pm 3,64\%$ nas mulheres e $43,98 \pm 5,72\%$ nos homens).

Do mesmo modo, a contagem de Eritrócitos foi mais baixa no nosso trabalho ($4,34 \pm 0,34 \times 10^6/\mu\text{L}$ nas mulheres e $4,75 \pm 0,56 \times 10^6/\mu\text{L}$ nos homens) do que no de Tsang, onde as mulheres possuíam $4,69 \pm 0,37 \times 10^6$ eritrócitos por μL e os homens $5,04 \times 10^6$ eritrócitos por μL .

No valor médio de VCM, verificou-se exactamente o contrário. No estudo de Tsang, o VCM médio foi de $89,7 \pm 4,76$ fL no sexo feminino e de $90,45 \pm 4,93$ fL no sexo masculino. Na nossa amostra, as médias de VCM foram de $90,46 \pm 5,26$ fL e $92,63 \pm 4,38$ fL, respectivamente.

A média de HCM foi ligeiramente superior no presente trabalho ($30,83 \pm 2,06$ pg nas mulheres e $31,75 \pm 1,42$ pg nos homens) do que no de Tsang, onde rondou os $30,6 \pm 1,80$ pg no sexo feminino e $31,01 \pm 1,89$ pg no sexo masculino.

Tsang constatou que o número médio de Plaquetas foi de $275,00 \pm 64,1 \times 10^3/\mu\text{L}$ nas mulheres e de $246,50 \pm 59,3 \times 10^3/\mu\text{L}$ nos homens. No actual estudo, a contagem plaquetária apresentou médias inferiores, de $240,41 \pm 82,28 \times 10^3/\mu\text{L}$ e $177,00 \pm 78,59 \times 10^3/\mu\text{L}$, respectivamente.

Os indivíduos do sexo feminino da nossa amostra apresentaram contagem de Leucócitos, em média, superior à do estudo de Tsang ($8,42 \pm 3,33 \times 10^3/\mu\text{L}$ contra $6,40 \pm 1,76 \times 10^3/\mu\text{L}$). Os elementos do sexo masculino, pelo contrário, tiveram um valor médio de Leucócitos menor do que o do trabalho anterior ($5,73 \pm 2,03 \times 10^3/\mu\text{L}$ e $6,67 \pm 1,76 \times 10^3/\mu\text{L}$, respectivamente).

Segundo os critérios estabelecidos pela OMS, em 1968, a presença de anemia define-se por uma concentração de Hemoglobina inferior a 130g/L nos homens e menor que 120g/L nas mulheres (83). A incidência de anemia refractária aumenta com a idade (84). A deficiência de Ferro, de Folato e de Vitamina B12 estão entre as causas mais frequentes de anemia no idoso (85). Um estudo de Menezes (2005) revelou uma incidência de 2,3% de défice de Ferro nos idosos (86). Um outro trabalho constatou que, apesar de 72% dos homens e 41% das mulheres consumirem quantidades de ferro acima do recomendado, 12% das mulheres mantinham uma ingestão insuficiente de ferro (87). No nosso estudo, o valor médio de Ferro foi de $81,59 \pm 25,36 \mu\text{g/dL}$ nas mulheres e de $73,98 \pm 51,62 \mu\text{g/dL}$ nos homens, de forma que, para ambos os sexos, o nível médio esteve dentro dos valores de referência. Contudo, 14,3% da nossa amostra apresentou níveis de ferro inferiores ao de referência.

À luz da literatura existente, a Ferritina é a mais importante proteína de armazenamento de Ferro (88) e, quando encontrada num nível baixo, indica invariavelmente uma deficiência desse íon (89).

Joosten (1993) definiu deficiência de Ferro como um nível de Ferritina inferior a 50 µg/L (90) e encontrou esta condição em 11% dos indivíduos da sua amostra, cuja idade média era de oitenta e um anos. No presente estudo, o valor médio de Ferritina foi de 103,74±60,40ng/mL e 212,10±189,17ng/mL para mulheres e homens, respectivamente, e 9,52% dos indivíduos apresentaram um valor de Ferritina inferior a 50 µg/L.

O déficit de Ácido fólico ou de Vitamina B12 pode levar ao desenvolvimento de anemia megaloblástica, pelo que a sua medição deve fazer parte do estudo das anemias.

Um trabalho, realizado com indivíduos maiores de sessenta anos, revelou níveis de Vitamina B12 e Folato dentro dos valores de referência (médias de 423,3±227,6 pg/mL e de 6,4±4,5 ng/mL, respectivamente). Contudo, 17,5% possuíam déficit de Vitamina B12 e 12% déficit de folato (91). No presente estudo, os níveis médios de Vitamina B12 e Ácido Fólico séricos também se mostraram normais (média de Vitamina B12 de 609,70±501,10 pg/mL e de 444,45±299,88 pg/mL e média de Ácido Fólico de 8,71±2,34 ng/mL e de 11,48±5,28 ng/mL, para mulheres e para homens, respectivamente).

Num estudo realizado com idosos maiores de oitenta anos, 36% apresentavam níveis elevados de glicemia pós-prandial (8). Na análise bioquímica do soro dos idosos abrangidos na nossa amostra, encontrámos níveis médios de Glicose considerados demasiado elevados em ambos os

sexos ($106,12 \pm 25,71$ mg/dL para mulheres e $105,50 \pm 29,26$ mg/dL para homens). Saliento, contudo, que estes resultados se baseiam nos valores de referência estipulados pelo Laboratório do Hospital Pêro da Covilhã (70-100 mg/dL, em jejum), os quais não coincidem com os utilizados na maioria dos estudos, que consideram anormal a Glicémia em jejum apenas quando igual ou superior a 110 mg/dL.

A média de Creatinina, considerada o marcador de função renal mais frequentemente utilizado (92), mostrou-se acima dos valores de referência no nosso estudo ($1,04 \pm 0,23$ mg/dL para mulheres e $1,03 \pm 0,21$ mg/dL para homens). Tal pode ser justificado pelo facto de a função renal, em indivíduos com cerca de oitenta anos, estar reduzida pela metade (93).

A PCR é uma betaglobulina sintetizada pelo fígado, presente no plasma durante a fase aguda de diversos processos inflamatórios. O seu valor médio mostrou-se, na nossa amostra, demasiado elevado em ambos os sexos ($2,07 \pm 4,77$ mg/dL nas mulheres e $1,39 \pm 0,77$ mg/dL nos homens).

Segundo Kanaan (2005), a diminuição da produção hormonal é uma das causas do envelhecimento e deve-se, por um lado, à diminuição da mensagem que o Sistema Nervoso Central (SNC) envia às glândulas e, por outro, ao próprio envelhecimento glandular (94).

O envelhecimento da tiróide deve-se tanto a aspectos morfológicos como funcionais (95). Por um lado, dá-se o aumento da fibrose interfolicular, o declínio na dimensão dos folículos, a degeneração das células epiteliais e o infiltrado de linfócitos. Por outro, a captação do iodo é menor, a tiroxina (T4) é menos libertada e distribuída, apesar do aumento da sua meia-vida. Além

disso, a produção tanto de T3 como de T4 vai-se reduzindo, embora as suas reservas sejam preservadas.

Mendonça (2002) constatou uma alta prevalência de disfunção tiroideia na amostra do seu estudo (12,6% na população com mais de cinquenta anos e 14,1% no grupo controlo) (96). Na nossa amostra, os valores médios tanto de TSH como de T3 e T4 livres estiveram dentro dos limites considerados normais. As médias de TSH foram de $2,71 \pm 3,17$ $\mu\text{UI/mL}$ (nas mulheres) e $3,80 \pm 5,22$ $\mu\text{UI/mL}$ (nos homens), as de T3 livre foram de $2,64 \pm 0,49$ pg/mL (nas mulheres) e $2,77 \pm 0,35$ pg/mL (nos homens) e os valores médios de T4 livre foram de $1,24 \pm 0,24$ ng/dL (nas mulheres) e $1,47 \pm 0,34$ ng/dL (nos homens).

As hormonas sexuais tendem também a sofrer um declínio com o envelhecimento e este é um fenómeno comum a ambos os sexos (97). Enquanto as mulheres produzem menos estrogénios, os homens possuem cada vez menos testosterona. O nosso estudo revelou, contudo, que tanto os homens como as mulheres englobadas na amostra apresentavam valores médios dos níveis hormonais dentro dos valores de referência, tendo em conta a faixa etária em questão. No sexo feminino, o valor médio de estradiol foi de $22,71 \pm 11,53$ pg/mL . No sexo masculino, a média de testosterona rondou os $4,51 \pm 1,63$ pg/mL .

Segundo a literatura existente, a incidência de doenças alérgicas aumenta com a idade (98). Estas patologias não são incomuns nos idosos, apesar de provavelmente serem subdiagnosticadas e subtratadas (99). Um estudo demonstrou uma prevalência de doenças atópicas superior a 4% em

adultos com mais de 60 anos (100). Por outro lado, alguns autores defendem que a incidência de sintomas alérgicos, assim como a sua severidade, tendem a diminuir com a idade (101). Isto pode ser explicado pela tendência para a diminuição da IgE total com o envelhecimento, devida a um desequilíbrio das citocinas ou dos factores solúveis envolvidos na sua produção (102-104).

Num trabalho realizado com idosos maiores de setenta anos, o valor médio de IgE foi de 30,6 KU/l (105). No presente estudo, a concentração média de IgE foi de $38,22 \pm 56,52$ KU/l no sexo feminino e de $17,10 \pm 12,63$ KU/l no sexo masculino.

O envelhecimento tem um impacto negativo no desenvolvimento do sistema imunitário e na sua capacidade funcional (106). Um estudo revelou que, com o avançar da idade, se dá um aumento e uma subsequente diminuição dos níveis de IgA e IgM e um aumento de IgG e IgD (107). Num trabalho posterior constatou-se que, com a idade, se dá um aumento de IgG e IgA, manutenção dos níveis de IgE e um declínio dos níveis de IgD e IgM (108). Apesar destas evidências, no nosso estudo, os valores médios de IgA, IgM e IgG mantiveram-se entre os valores de referência. Observamos uma relação linear positiva fraca ($R = 0,371$) entre a idade e o nível de IgM. Em relação à IgA e à IgG, observámos uma ausência de associação entre elas.

A eletroforese das proteínas é uma técnica usada para separar as proteínas séricas, consoante os seus pesos moleculares e cargas eléctricas, em 5 fracções, nomeadamente em Albumina e Alfa-1, Alfa-2, Beta e Gama globulinas. O nível sérico da Albumina foi considerado um factor de risco independente para mortalidade em idosos, seja qual for a causa (109). Os

idosos do sexo feminino compreendidos na nossa amostra apresentaram um valor médio de Albumina ligeiramente inferior ao considerado normal ($58,76 \pm 3,64\%$). Nos homens, a média de Albumina foi limítrofe ($60,95 \pm 2,28\%$). O valor médio de Alfa-1 globulina esteve alterado no sexo masculino ($3,15 \pm 0,62\%$) e a Alfa-2 globulina teve um valor médio fora dos valores de referência em ambos os sexos ($12,77 \pm 1,79\%$ nas mulheres e $11,30 \pm 1,42\%$ nos homens).

CONCLUSÕES

Este estudo preenche os objectivos propostos e permite identificar as principais características demográficas, sociais, clínicas e funcionais de um conjunto de anciãos inseridos na comunidade da Covilhã. Incidimos a nossa análise num grupo de vinte e cinco idosos de um único Centro de Dia, reconhecendo que a amostra poderia contemplar um maior número de elementos. No entanto, o presente trabalho poderá constituir um desafio para posteriores investigações. Apesar disso, pareceu-nos pertinente estudar a população idosa de uma das regiões mais envelhecidas do nosso país e caracterizá-la sob os aspectos, não só clínicos, como também funcionais, demográficos e sociais. A elaboração deste estudo permitiu, ainda, apercebermo-nos da escassez de trabalhos nacionais que abordem a temática da terceira idade, que caracterizem a população idosa do nosso país e, desse modo, facilitem a compreensão da sociedade e das organizações competentes, de forma a serem criados caminhos orientadores para uma velhice saudável. A importância deste estudo não se esgota, porém, nesta realização, mas estende-se a todos os caminhos que venham a ser preparados a partir do mesmo, às novas perspectivas que sejam abertas e às iniciativas que venham a ser tomadas, no que concerne à execução de estudos semelhantes, mas mais abrangentes.

Estamos de acordo com a Dr.^a Rosângela Dias, coordenadora do projecto Fibra⁷ em Minas Gerais (Brasil), quando refere que “Queremos saber por que alguns idosos envelhecem bem e outros mal, e precisamos diminuir o abismo que existe entre a capacidade que temos de tratar os velhos e a nossa incapacidade de fazer com que as pessoas cheguem bem à velhice” (110). De igual modo, Portugal carece de projectos no âmbito da Geriatria, que facultem um conhecimento mais profundo dos nossos anciãos e que proporcionem a adopção de um novo olhar sobre a saúde do idoso, capaz de criar abordagens preventivas, curativas e de cuidados continuados cada vez melhores e de colocar a população portuguesa num caminho favorável a um *envelhecimento com sucesso*.

⁷ Estudo Fibra- Fragilidade do Idoso Brasileiro, estudo pioneiro no Brasil para traçar um perfil da fragilidade da população idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987 Jul 10;237 (4811):143-9.
- (2) Rowe JW, Kahn RL. *Successful aging*. New York: Pantheon Books, 1998.
- (3) Bigotte de Almeida L. *A idade não perdoa?* Lisboa: Gradiva, 2006.
- (4) Vaillant GE. *Aging well: surprising guidesposts to a happier life from the Landmark Harvard Study of Adult Development*. Boston: Little Brown, 2002.
- (5) Strawbridge, W.J., Wallhagen, M.I., and Cohen, R.D. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist* 2002;42(6),727-33.
- (6) Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ, Larson EB. Older adults' views of "successful aging": How do they compare with researchers' definitions? *Journal of American Geriatrics Society* 2004,52(2),211-6.
- (7) Instituto Nacional de Estatística Portugal. *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*; 2002.
- (8) Jensen E, Ruilian L, Dehlin O, Hagberg B, Samuelsson G, Svensson T. Laboratory values, symptoms and survival in an 80-year-old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 1996 Jan;22(1):71-80.

- (9) Muenz R. Aging and demographic change in european societies: Main trends and alternative policy options; 2007.
- (10) Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população residente em Portugal 2000-2050. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2003.
- (11) Anuário Estatístico de Portugal 2007. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2007.
- (12) Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. Cadernos de Saúde Pública (Fiocruz) 2007;23:2533-54.
- (13) Lantz PM, Lynch JM, House JS, Lepkowski JM, Mero RP, Musick MA, et al. Socioeconomic disparities in health change in longitudinal study of US adults: the role of health behaviors. Soc Sci and Med 2001;53:29-40
- (14) Araújo MAS, Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO. Revista da UFG 2003 Dez;5(2).
- (15) Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2008 Dez;12(4):706-16.

- (16) Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. Rev. Saúde Pública [online] 2007;41(5):757-68.
- (17) Caetano SC, Iozzi R, Carneiro A. Percepção do Estado de Saúde do idoso na cidade do Rio de Janeiro. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais: 2008 Set 29-Out 3; Caxambu, Brasil.
- (18) Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. Revista Lat Am Enfermagem 2006;14(2):271-6.
- (19) Lacerda PF, Godoy LF, Cobiañchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. Revista eletrônica de enfermagem 2005;7(1):29-40.
- (20) Bonardi G, Souza VBA, M JFD. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. Scientia Medica 2007 Jul-Set;17(3):138-44.
- (21) Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP 2007;41(2):317-25.
- (22) Paul MC. Lá para o fim da vida: os idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Edições Almedina; 1997.
- (23) Padilha LC, Paiva VR, Freitas JB, Bruno RX. Análise da capacidade funcional em idosos institucionalizados. 3º Encontro de

Iniciação Científica Faminas da Zona da Mata: 2006 Nov 13-15; Muriaé, Brasil.

- (24) Cordeiro RC, Dias RC, Dias JMD, Perracini M, Ramos LR. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. Rev Fisioter Univ São Paulo 2002;9:69-77.
- (25) Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Desempenho funcional de idosos nas actividades instrumentais da vida diária: uma análise no Município de São Paulo. Cad Saúde Pública [online] 2008;24(4):879-86.
- (26) Pereira MAL, Rodrigues MC. Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio Vila Vida em Jataí. Rev Bras de Atividade Física e Saúde 2007 Jan;12(1).
- (27) Langelaan M, Boer MR, Nispen RMA, Wouters B, Moll AC, Rens GHMB. Impact of visual impairment on quality of life: a comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. Ophthalmic Epidemiology 2007 Mar 3;14(3):119-26.
- (28) Klaver CCW, Wolfs RCW, Vingerling JR, Hofman A, Jong PTVM. Age-Specific Prevalence and Causes of Blindness and Visual Impairment in an Older Population. Arch Ophthalmol.1998;116(5):653-8.

- (29) DiNuzzo AR, Black SA, Lichtenstein MJ, Markides KS. Prevalence of Functional Blindness, Visual Impairment, and Related Functional Deficits Among Elderly Mexican Americans. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2001;56:548-51.
- (30) Li L, Guan H, Xun P, Gu H. Prevalence and causes of visual impairment among the elderly in Nantong, China. *Eye [online]* 2008 Mai 9;22:1060-75.
- (31) Morais EP. Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS. Ribeirão Preto; 2007.
- (32) Corso JF. Presbycusis, hearing aids and aging. *Audiology* 1977;16(2):146-63.
- (33) Pinto AC. Problemas de memórias nos idosos: uma revisão. *Educação e Cultura* 1999;3(2):253-95.
- (34) Barker A, Carter C, Jones R. Memory performance, self-reported memory loss and depressive symptoms in attenders at a GP-referral and a self-referral memory clinic. *Int J Geriatric Psychiatry* 1994;9:305-11.
- (35) Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz* 2002;8(3).

- (36) Pearson JL, Brown GK. Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice. *Clinical and Psychological Review* 2000;20(6):685-705.
- (37) Santana AJ, Barboza Filho JC. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2007 Jan-Jun;31(1): 134-146.
- (38) Matsudo SMM. Envelhecimento, atividade física e saúde. *Revista Mineira Educação Física* 2002;10(1):193-207
- (39) Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in prevention of falls in older people: A systematic literature review examining the rationale and evidence. *Sports Med* 2001;31:427-38.
- (40) Fleck SJ, Kraemer WJ. Fundamentos do treinamento de força muscular. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
- (41) Shephard RJ. Envelhecimento, actividade física e saúde. São Paulo: Phort; 2003.
- (42) Mazzeo RS. Exercício e atividade física para pessoas idosas. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 1998;3(1):48-68.
- (43) Borget AJ, van den Pavol MJ, Grabiner MD. Response time is more important than walking speed for the ability of older adults to avoid a fall after a trip. *Journal of Biochemicanics* 2002;35:199-205.

- (44) Oliveira EAT, Orondino JAS, Araújo CRM, Alves HVA, Oliveira EG, Aguiar JLN. Análise da mobilidade funcional de idosos institucionalizados através do teste “Timed up and go”. 3º Encontro de Iniciação Científica Faminas da Zona da Mata: 2006 Nov 13-15; Muriaé, Brasil.
- (45) Maciel ACC, Guerra RO. Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. Rev Bras fisioter 2005;9(1);17-23.
- (46) Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia og aging. Int Psychogeriatr 2003 Mar;15(1):73-87.
- (47) Huffman GB. Evaluating ant treating unintentional weight loss in elderly. American Family Physician 2002 Fev 15;65(4).
- (48) Rehman HU. Involuntary weight loss in the elderly. Clinical Geriatrics 2005 Jul;13(7).
- (49) Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. Acta Cir. Bras. 2003;18(5).
- (50) Duque C. Incontinência urinária em idosos [online]. 2008 Abr. Disponível em: URL:
<http://www.scribd.com/doc/2445129/Incontinencia-Urinaria-em-Idosos>

- (51) Irwin DE, Milsom I, Hunskar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006;50(6):1306-15.
- (52) Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *BJU Int* 2004;93(3):324-30.
- (53) Diokno AC, Estanol MV, Ibrahim IA, Balasubramaniam M. Prevalence of urinary incontinence in community dwelling men: a cross sectional nationwide epidemiological survey. *Int Urol Nephrol* 2007;39(1):129-36.
- (54) Oliveira L. Incontinência fecal. *J. Bras. Gastroenterol.* 2006 Jan-Mar;6(1):35-7.
- (55) Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas no idoso. *Guia de Geriatria e Gerontologia*. 1ª Edição. São Paulo: Manole; 2005.
- (56) Rubeinstein LZ, Josephson KR. The Epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr. Med* 2002;18:141-58.
- (57) Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública* 2002;36(6):709-16.
- (58) Rebelatto JR, Castro AP, Chan A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e

relações com a força de preensão manual. Acta Ortop. Bras. 2007;15(3):151-54.

- (59) Coutts J, Lockett D, Edwards N. Steps to safer stairs: A kit for improving stair safety [online]. Disponível em: URL: <http://aix1.uottawa.ca/~nedwards/chru/english/pdf/SafeStairsOct5.pdf>
- (60) Smith WE, Brett AW, Straker JK, Snell J, Jackson FW, Ulmer ME. A study of stairs in the housing of independently-living people. International journal of aging & human development 1994;39(3): 247-56.
- (61) Rigo JC, Rigo JFO, Faria BC, Stein A, Santos VM. Trauma associado com uso de álcool em idosos. Brasília méd 2005;42:35-40.
- (62) Prais HAC. Estudos sobre o consumo excessivo de álcool entre homens idosos: Abordagens epidemiológica e antropológica. Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- (63) Buddy T. Alcohol and the elderly: Seniors drinking mostly unreported, undiagnosed, or ignored. Medical review board 2009 Mar 23.
- (64) Mirand AL, Welte JW. Alcohol consumption among the elderly in a general population, Erie County, New York. Am J Public Health 1996;86:978-84.

- (65) Sherer RA. Who will care for the elder orphans? *Geriatric Times* 2004 Jan-Fev;5(1).
- (66) Filho AIL, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia. *Rev Saúde Pública* 2008;42(1):89-99.
- (67) Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. São Paulo 2007.
- (68) Steinke EE. Sexuality in aging implications for nursing facility staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 1997; 28(2): 59-63.
- (69) Schiavi RC, Rehaman J. Sexuality and aging. *Urol Clin N Am* 1995;22:711-26.
- (70) Catarino A et al. Pós-menopausa e sexualidade. *Acta Portuguesa de Sexologia* 1999;2(1):39-46.
- (71) Noriego OD. Sexological care for the elderly of Havana, results reached in the last year. *Livre des Résumés. XVème Congrès Mondial de Sexologie*: 2001; Paris, França.
- (72) Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. Study of sexuality and health among

older adults in the United States. The New England Journal of Medicine 2007 Ago 23; 357(8): 762-74.

- (73) Crivellari AR, Angelo CVS, Cicilioti LS. Violência intrafamiliar contra os idosos dependentes: a experiência do SOS idoso de Serra. Vitória; 2007.
- (74) Santos ACPO, Silva CA, Carvalho LS, Menezes MR. A construção da violência contra idosos. Rev Brás geriatr gerontol 2007;10(1):115-27.
- (75) Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço. Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica n.º 8. Brasília; 2002.
- (76) Muller EF. A violência intrafamiliar contra o idoso: um estudo no contexto do Ciaprevi – Florianópolis Florianópolis; 2008.
- (77) Cação JC, Godoy MRP, Bpas PJFV. Vacinação em idosos: Dados actuais. 3º Congresso de Geriatria e Gerontologia: 2003; Santos.
- (78) Laks J, Batista EMR, Guilherme ER, Contino ALB, Faria MEV, Figueira I, Engelhardt E. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: Dados parciais de Santo António de Pádua, Rio de Janeiro. Arq Neuropsiquiatric 2003; 61(3-B):782-5.

- (79) Soares JD. Controvérsias na interpretação dos scores do Mini-Mental a demência leve [online]. Disponível em: URL: http://www.huav.com.br/artigos_geriatria.htm?infoID=400
- (80) Pereira RS. Risco de desnutrição em idosos institucionalizados do município do Rio de Janeiro; um estudo com a Mini Avaliação Nutricional (MAN). Rio de Janeiro; 2004.
- (81) Matos LJEC. Risco de desnutrição em idosos na comunidade. Ribeirão Preto; 2005.
- (82) Tsang CW, Lazarus R, Smith W, Mitchell P, Koutts J, Burnett L. Hematological índices in an older population sample: derivation of healthy reference values. *Clinical Chemistry* 1998;44:96-101.
- (83) World Health Organisation. Nutritional anemia: report of a WHO Scientific Group. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1968.
- (84) Guralnik JM, Ershler WB, Schrier SL, Picozzi VJ. Anemia in the elderly. *The American Society of Hematology* 1997 Jul 1;55(4):305-9.
- (85) Smith DL. Anemia in the elderly. *American Academy of Family Physicians* 2000 Out 1.
- (86) Silva CLA. Fatores associados ao estado nutricional e ao nível de hemoglobina em idosos. Viçosa – Minas Gerais, Brasil; 2008.

- (87) Menezes TN, Marucci MFN, Holanda IMM. Ingestão de cálcio e ferro alimentar por idosos residentes em instituições geriátricas de Fortaleza. *Rev Saúde.Com* 2005;1(2):100-9.
- (88) Casiday R, Frey R. *Iron in biology: Study of the iron content in ferritin, the iron storage protein*. St. Louis; 2000.
- (89) Sharma JC, Roy SN. Value of serum ferritin as na índice of iron deficiency in elderly anaemic patients. *Age Ageing* 1984;13:248-50.
- (90) Joosten E, Dreymaeker L, Pelemans W, Hiele M. Significance of a low serum ferritin level in elderly in-patients. *Postgraduate Medical Journal* 1993;69:397-400.
- (91) Meertens L, Díaz S, Solano L, Baron MA, Rodríguez A. Homocisteína, ácido fólico y vitamina B12 en adultos mayores venezolanos. *Arch latinoam nutr* 2007 Mar;57(1):26-32.
- (92) Abreu PF, Sesso RCC, Ramos LR. Aspectos renais do idoso. *Jornal brasileiro de Nefrologia* 1998;20(2):158-65.
- (93) Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Ancianos con insuficiência renal crônica: alteraciones en la condición de salud. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004 Mai-Jun;12(3).
- (94) Kanaan S, Gargia MAT, Carvalho CB. Alterações laboratoriais hormonais em geriatria. *J. Bras. Med.* 2005 Nov-Dez;89(5-6):12-24.

- (95) Faria, ACNB. Alterações tireoidianas do paciente idoso. Congresso mineiro de cardiologia. Belo Horizonte, Brasil; 2007.
- (96) Mendonça SCL, Jorge PT. Estudo da função tireoidiana em uma população com mais de 50 anos. Arq Bras Endocrinol Metab 2002 Out;46(5).
- (97) Emmelot-Vonk Mh, Verhaar HJ, Nakhai Pour HR, Aleman A, Lock TM, Bosch JL e tal. Effect os testosterone supplementation on functional monility, cognition, and other parameters in older men: a randomized controlled trial. Jama 2008 Jan 2;299(1):39-52.
- (98) Gore RM. Allergies and asthma in the aging. Suite 101 [online]. 2008 Out 19. Disponível em: URL: http://allergies.suite101.com/article.cfm/allergies_in_the_aging
- (99) Little D. Allergie in the aging. Geriatrics and aging 2005;8(5):52-3.
- (100) Wuthrick B, Schnyder UW, Henauer SA, et al. Häufigkeit der Pollinosis in der Schweiz: Ergebnisse einer repräsentativen demoskopischen Umfrage unter Berücksichtigung anderer allergischer Erkrankungen. Schweiz Med Wochenschr 1986;116:909-17.
- (101) Mediaty A, Neuber K. Total and specific serum IgE decreases with age in patients with allergic rhinitis, asthma and insect allergy but not in patients with atopic dermatitis. Immunity & Ageing 2005,2:9

- (102) Lorenzo G, Pacor ML, Pellitteri ME, Listi F, Colombo A, Candore G et al. A study of age-related IgE pathophysiological changes. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2009;1089:487-95.
- (103) Jarvis D, Luczynska C, Chinn S, Potts J, Sunyer J, Janson C et al. Change in prevalence of IgE sensitization and mean total IgE with age and cohort. *J Allergy Clin Immunol.* 2005 Set;116(3):675-82.
- (104) Nakazawa T, Houjyo S, Dobashi K, Sato K. Influence of Aging and Sex on Specific IgE Antibody Production. *Internal Medicine* 1994;33(7):396-401.
- (105) Merrett TG, Barnetson RS, Burr ML, Merrett J. Total and specific IgG4 antibody levels in atopic eczema. *Clin Exp Immunol.* 1984 Jun;56(3):645-52.
- (106) Gruver AL, Hudson LL, Sempowski GD. Immunosenescence of ageing. *J Pathol.* 2007 Jan;211(2):144-56.
- (107) Memeo SA, Piantanelli L, Mazzuferi G, Guerra L, Nikolits M, Fabris N. Age related patterns of immunoglobulin serum levels in the Quechua Indians of Andean Mountains. *International Journal of Biometereology* 1982 Mar;26(1):49-52.
- (108) Listi F, Candore G, Modica M, Russo M, Lorenzo G, Esposito-Pellitelli M et al. A Study of Serum Immunoglobulin Levels in Elderly Persons That Provides New Insights into B Cell Immunosenescence.

Annals of the New York Academy of Sciences 2006 Dez 11;
1089:487-95.

(109) Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, Sorkin JD. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. Am J Public Health. 1999 Mar;89(3):308–14.

(110) Rigueira Jr IR. Sem deixar ninguém de fora. Revista da Universidade Federal de Minas Gerais 2008 Nov;7(16).

BIBLIOGRAFIA

Abreu PF, Sesso RCC, Ramos LR. Aspectos renais do idoso. *Jornal brasileiro de Nefrologia* 1998;20(2):158-65.

Alça LRR, Tibério D, Santos MTBR. Estudo dos componentes do hemograma em pacientes geriátricos. *Pesq Bras Odontop Clin Integr João Pessoa* 2005 Set-Out;5(3):261-6.

Alves CML. Relações familiares e violência: idosos entre abafos e desabafos. *Fazendo Gênero – Corpo, Violência e Poder*: 2008 Ago 25-28; Florianópolis, Brasil.

Alves MJM, Ribeiro LC, Milane JL, Almeida AM. Perfil da capacidade funcional do idoso. *XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*: 2008 Set 29-Out 03; Caxambu, Brasil.

Amaral MF, Vicente MO. Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2000 Jul-Dez;18(2).

Andrade FA, Pereira LV, Souda FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Lat Am Enfermagem* 2006;14(2):271-6.

Anuário Estatístico de Portugal 2007. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2007.

Araújo F, Pais Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C, Martins T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Actas do 7º congresso nacional de psicologia de saúde*: 2008; Lisboa, Portugal.

Araújo MAS, Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO. Revista da UFG 2003 Dez;5(2).

Barker A, Carter C, Jones R. Memory performance, self-reported memory loss and depressive symptoms in attenders at a GP-referral and a self-referral memory clinic. Int J Geriatric Psychiatry 1994;9:305-11.

Bigotte de Almeida L. A idade não perdoa? Lisboa: Gradiva, 2006.

Bonardi G, Souza VBA, M JFD. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. Scientia Medica 2007 Jul-Set;17(3):138-44.

Borget AJ, van den Pavol MJ, Grabiner MD. Response time is more important than walking speed for the ability of older adults to avoid a fall after a trip. Journal of Biochemicanics 2002;35:199-205.

Buddy T. Alcohol and the elderly: Seniors drinking mostly unreported, undiagnosed, or ignored. Medical review board 2009 Mar 23.

Cação JC, Godoy MRP, Bpas PJFV. Vacinação em idosos: Dados actuais. 3º Congresso de Geriatria e Gerontologia: 2003; Santos.

Caetano SC, Iozzi R, Carneiro A. Percepção do Estado de Saúde do idoso na cidade do Rio de Janeiro. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais: 2008 Set 29-Out 3; Caxambu, Brasil.

Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in prevention of falls in older people: A systematic literature review examining the rationale and evidence. Sports Med 2001;31:427-38.

Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. São Paulo; 2007.

- Casiday R, Frey R. Iron in biology: Study of the iron content in ferritin, the iron storage protein. St. Louis; 2000.
- Catarino A et al. Pós-menopausa e sexualidade. Acta Portuguesa de Sexologia 1999; 2(1): 39-46.
- Cordeiro RC, Dias RC, Dias JMD, Perracini M, Ramos LR. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. Rev Fisioter Univ São Paulo 2002;9:69-77.
- Corso JF. Presbycusis, hearing aids and aging. Audiology 1977;16(2):146-63.
- Corti MC, Guralnik JM, Salive ME, Sorkin JD. Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. Am J Public Health. 1999 Mar;89(3):308-14.
- Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta Paul Enferm 2006;19(1):43-8.
- Coutts J, Lockett D, Edwards N. Steps to safer stairs: A kit for improving stair safety [online]. Disponível em: URL:
<http://aix1.uottawa.ca/~nedwards/chru/english/pdf/SafeStairsOct5.pdf>
- Crivellari AR, Angelo CVS, Cicilioti LS. Violência intrafamiliar contra os idosos dependentes: a experiência do SOS idoso de Serra. Vitória; 2007.
- DiNuzzo AR, Black SA, Lichtenstein MJ, Markides KS. Prevalance of Functional Blindness, Visual Impairment, and Related Functional Deficits Among Elderly Mexican Americans. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 2001;56:548-51.

Diokno AC, Estanol MV, Ibrahim IA, Balasubramaniam M. Prevalence of urinary incontinence in community dwelling men: a cross sectional nationwide epidemiological survey. *Int Urol Nephrol* 2007;39(1):129-36.

Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia og aging. *Int Psychogeriatr* 2003 Mar;15(1):73-87.

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2007;41(2):317-25.

Duque C. Incontinência urinária em idosos [online]. 2008 Abr. Disponível em: URL:

<http://www.scribd.com/doc/2445129/Incontinencia-Urinaria-em-Idosos>

Emmelot-Vonk Mh, Verhaar HJ, Nakhai Pour HR, Aleman A, Lock TM, Bosch JL e tal. Effect os testosterone supplementation on functional monility, cognition, and other parameters in older men: a randomizes controlled trial. *Jama* 2008 Jan 2;299(1):39-52.

Faria, ACNB. Alterações tireoidianas do paciente idoso. Congresso mineiro de cardiologia. Belo Horizonte, Brasil; 2007.

Filho AIL, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia. *Rev Saúde Pública* 2008;42(1):89-99.

Fleck SJ, Kraemer WJ. Fundamentos do treinamento de força muscular. 2ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

Frank S, Santos SMA, Assmann A, Alves KL, Ferreira N. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. *Estud. Interdiscip. Envelhec.* 2007;11:123-34.

Gargel CA, Sartori JRM, Santos MD. Avaliação gerontológica através do Índice de Katz em lar de idosos. XVI Congresso de Iniciação Científica: 2008; São Carlos, Brasil.

Gore RM. Allergies and asthma in the aging. Suite 101 [online]. 2008 Out 19. Disponível em: URL:

http://allergies.suite101.com/article.cfm/allergies_in_the_aging

Gruver AL, Hudson LL, Sempowski GD. Immunosenescence of ageing. J Pathol. 2007 Jan;211(2):144-56.

Guralnik JM, Ershler WB, Schrier SL, Picozzi VJ. Anemia in the elderly. The American Society of Hematology 1997 Jul 1;55(4):305-9.

Huffman GB. Evaluating ant treating unintentional weight loss in elderly. American Family Physician 2002 Fev 15;65(4).

Hunskar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU Int 2004;93(3):324-30.

Institute of Alcohol Studies. Alcohol & the elderly – IAS fact sheet.

Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população residente em Portugal 2000-2050. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2003.

Instituto Nacional de Estatística Portugal. O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas; 2002.

Irwin DE, Milsom I, Hunskar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and

other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006;50(6):1306-15.

Jarvis D, Luczynska C, Chinn S, Potts J, Sunyer J, Janson C et al. Change in prevalence of IgE sensitization and mean total IgE with age and cohort. *J Allergy Clin Immunol*. 2005 Sep;116(3):675-82.

Jensen E, Dehlin O, Hagberg B, Samuelsson G, Svensson T. Depressive symptoms in an 80-years-old population in relation to medical, psychologic, and sociologic factors. *Nord J Psychiatry* 1994; 48: 349-54.

Jensen E, Ruilian L, Dehlin O, Hagberg B, Samuelsson G, Svensson T. Laboratory values, symptoms and survival in an 80-years-old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 1996;22:71-80.

Jensen E, Ruilian L, Dehlin O, Hagberg, Samuelsson G, Svensson T. Laboratory values, symptoms and survival in an 80-year-old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 1996 Jan;22(1):71-80.

Joosten E, Dreymaeker L, Pelemans W, Hiele M. Significance of a low serum ferritin level in elderly in-patients. *Postgraduate Medical Journal* 1993;69:397-400.

Kanaan S, Gargia MAT, Carvalho CB. Alterações laboratoriais hormonais em geriatria. *J. Bras. Med.* 2005 Nov-Dez;89(5-6):12-24.

Kane RL. The contribution of geriatric health services research to successful aging. *Ann Intern Med* 2003;139:460-2.

Klaver CCW, Wolfs RCW, Vingerling JR, Hofman A, Jong PTVM. Age-Specific Prevalence and Causes of Blindness and Visual Impairment in an Older Population. *Arch Ophthalmol*.1998;116(5):653-8.

- Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Ancianos con insuficiência renal crónica: alteraciones en la condición de salud. Rev Latino-Am Enfermagem 2004 Mai-Jun;12(3).
- Lacerda PF, Godoy LF, Cobiañchi MG, Bachion MM. Estudo da ocorrência de “dor crónica” em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. Revista eletrônica de enfermagem 2005;7(1):29-40.
- Laks J, Batista EMR, Guilherme ER, Contino ALB, Faria MEV, Figueira I, Engelhardt E. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: Dados parciais de Santo António de Pádua, Rio de Janeiro. Arq Neuropsiquiatric 2003;61(3-B):782-5.
- Langelaan M, Boer MR, Nispen RMA, Wouters B, Moll AC, Rens GHMB. Impact of visual impairment on quality of life: a comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. Ophthalmic Epidemiology 2007 Mar 3;14(3):119-26.
- Lantz PM, Lynch JM, House JS, Lepkowski JM, Mero RP, Musick MA, e tal. Socioeconomic disparities in health change in longitudinal study of US adults: the role of health behaviors. Soc Sci and Med 2001;53:29-40.
- Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. Texto & Contexto Enfermagem 2008;17(2):250-7.
- Li L, Guan H, Xun P, Gu H. Prevalence and causes of visual impairment among the elderly in Nantong, China. Eye [online] 2008 Mai 9;22:1060-75.
- Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998,2003) e

na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007 Ago;23(8):1893-902.

Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. Study of sexuality and health among older adults in the United States. The New England Journal of Medicine 2007 Ago 23;357(8):762-74.

Listi F, Candore G, Modica M, Russo M, Lorenzo G, Esposito-Pellitteri M et al. A Study of Serum Immunoglobulin Levels in Elderly Persons That Provides New Insights into B Cell Immunosenescence. Annals of the New York Academy of Sciences 2006 Dez 11;1089:487-95.

Little D. Allergie in the aging. Geriatrics and aging 2005;8(5):52-3.

Lorenzo G, Pacor ML, Pellitteri ME, Listi F, Colombo A, Candore G e tal. A study of age-related IgE pathophysiological changes. Annals of the New York Academy of Sciences 2009;1089:487-95.

Maciel ACC, Guerra RO. Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. Rev Bras fisioter 2005;9(1);17-23.

Matos LJEC. Risco de desnutrição em idosos na comunidade. Ribeirão Preto; 2005.

Matsudo SMM. Envelhecimento, atividade física e saúde. Revista Mineira Educação Física 2002;10(1):193-207

Mazzeo RS. Exercício e atividade física para pessoas idosas. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde 1998;3(1):48-68.

Mccamish-Svensson C, Samuelsson G, Hagberg B, Svensson T, Dehlin O. Social relationships and health as predictors of life satisfaction in

advanced old age: results from a swedish longitudinal study. *Int'l. J. Aging and Human Development* 1999;48(4):301-24.

Mediaty A, Neuber K. Total and specific serum IgE decreases with age in patients with allergic rhinitis, asthma and insect allergy but not in patients with atopic dermatitis. *Immunity & Ageing* 2005;2:9.

Meertens L, Díaz S, Solano L, Baron MA, Rodríguez A. Homocisteína, ácido fólico y vitamina B12 en adultos mayores venezolanos. *Arch latinoam nutr* 2007 Mar;57(1):26-32.

Memeo SA, Piantanelli L, Mazzuferi G, Guerra L, Nikolits M, Fabris N. Age related patterns of immunoglobulin serum levels in the Quechua Indians of Andean Mountains. *International Journal of Biometereology* 1982 Mar;26(1):49-52.

Mendonça SCL, Jorge PT. Estudo da função tiroidiana em um população com mais de 50 anos. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002 Out;46(5).

Menezes TN, Marucci MFN, Holanda IMM. Ingestão de cálcio e ferro alimentar por idosos residentes em instituições geriátricas de Fortaleza. *Rev Saúde.Com* 2005;1(2):100-9.

Merrett TG, Barnetson RS, Burr ML, Merrett J. Total and specific IgG4 antibody levels in atopic eczema. *Clin Exp Immunol.* 1984 Jun;56(3):645-52.

Mirand AL, Welte JW. Alcohol consumption among the elderly in a general population, Erie County, New York. *Am J Public Health* 1996;86:978-84.

- Morais EP. Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS. Ribeirão Preto; 2007.
- Muenz R. Aging and demographic change in european societies: Main trends and alternative policy options; 2007.
- Muller EF. A violência intrafamiliar contra o idoso: um estudo no contexto do Ciaprevi – Florianópolis Florianópolis; 2008.
- Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Online]. 2009;11(1):144-50. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>.
- Nakazawa T, Houjyo S, Dobashi K, Sato K. Influence of Aging and Sex on Specific IgE Antibody Production. Internal Medicine 1994;33(7):396-401.
- Noriego OD. Sexological care for the elderly of Havana, results reached in the last year. Livre des Résumés. XVème Congrès Mondial de Sexologie: 2001; Paris, França.
- Oliveira EAT, Orondino JAS, Araújo CRM, Alves HVA, Oliveira EG, Aguiar JLN. Análise da mobilidade funcional de idosos institucionalizados através do teste “Timed up and go”. 3º Encontro de Iniciação Científica Faminas da Zona da Mata: 2006 Nov 13-15; Muriaé, Brasil.
- Oliveira L. Incontinência fecal. J. Bras. Gastroenterol. 2006 Jan-Mar;6(1):35-7.
- Padilha LC, Paiva VR, Freitas JB, Bruno RX. Análise da capacidade funcional em idosos institucionalizados. 3º Encontro de Iniciação Científica Faminas da Zona da Mata: 2006 Nov 13-15; Muriaé, Brasil.

- Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. Rev. Saúde Pública [online] 2007;41(5):757-68.
- Paul MC. Lá para o fim da vida: os idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Edições Almedina; 1997.
- Pearson JL, Brown GK. Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice. Clinical and Psychological Review 2000;20(6):685-705.
- Pereira MAL, Rodrigues MC. Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio Vila Vida em Jataí. Rev Bras de Atividade Física e Saúde 2007 Jan;12(1).
- Pereira RS. Risco de desnutrição em idosos institucionalizados do município do Rio de Janeiro; um estudo com a Mini Avaliação Nutricional (MAN).Rio de Janeiro; 2004.
- Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Revista de Saúde Pública 2002;36(6):709-16.
- Perracini MR. Prevenção e manejo de quedas no idoso. Guia de Geriatria e Gerontologia. 1ª Edição. São Paulo: Manole; 2005.
- Phelan EA, Anderson LA, LaCroix AZ, Larson EB. Older adults' views of "successful aging": How do they compare with researchers' definitions? Journal of American Geriatrics Society 2004, 52(2), 211-6.
- Pinto AC. Problemas de memórias nos idosos: uma revisão. Educação e Cultura 1999;3(2):253-95.

- Prais HAC. Estudos sobre o consumo excessivo de álcool entre homens idosos: Abordagens epidemiológica e antropológica. Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública 2003 Mai-Jun;19(3):793-8.
- Rebelatto JR, Castro AP, Chan A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. Acta Ortop. Bras. 2007;15(3):151-154.
- Rehman HU. Involuntary weight loss in the elderly. Clinical Geriatrics 2005 Jul;13(7).
- Reis RB, Cologna AJ, Martins ACP, Paschoalin EL, Tucci Jr S, Suaid HJ. Incontinência urinária no idoso. Acta Cir. Bras. 2003;18(5).
- Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev Saúde Pública 2005;39(4): 655-62.
- Rigo JC, Rigo JFO, Faria BC, Stein A, Santos VM. Trauma associado com uso de álcool em idosos. Brasília méd 2005;42:35-40.
- Rigueira Jr IR. Sem deixar ninguém de fora. Revista da Universidade Federal de Minas Gerais 2008 Nov;7(16).
- Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science 1987 Jul 10;237(4811):143-9.
- Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. New York: Pantheon Books; 1998.

- Rubeinstein LZ, Josephson KR. The Epidemiology of falls and syncope. Clin Geriatr. Med 2002;18:141-58.
- Santana AJ, Barboza Filho JC. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. Revista Baiana de Saúde Pública 2007 Jan-Jun;31(1):134-46.
- Santos ACPO, Silva CA, Carvalho LS, Menezes MR. A construção da violência contra idosos. Rev Brás geriatr gerontol 2007;10(1):115-27.
- Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Desempenho funcional de idosos nas actividades instrumentais da vida diária: uma análise no Município de São Paulo. Cad Saúde Pública [online] 2008;24(4):879-86.
- Santos JLF, Oliveira ML, Lebrão ML. Causas remotas da saúde do idoso. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais: 2008 Set 29- Out 03; Caxambu, Brasil.
- Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. Cadernos de Saúde Pública (Fiocruz) 2007;23:2533-54.
- Santos VLCG, Silva AM. Qualidade de vida em pessoas com incontinência anal. Rev Bras Coloproct 2002;22(2):98-108.
- Serviço de Higiene e Epidemiologia – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Prevalência e tratamento de incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada; 2008.
- Schiavi RC, Rehaman J. Sexuality ang aging. Urol Clin N Am 1995;22:711-26.

- Sharma JC, Roy SN. Value of serum ferritin as an index of iron deficiency in elderly anaemic patients. *Age Ageing* 1984; 13:248-50.
- Shephard RJ. *Envelhecimento, actividade física e saúde*. São Paulo: Phort; 2003.
- Sherer RA. Who will care for the elder orphans? *Geriatric Times* 2004 Jan-Feb;5(1).
- Silva CLA. *Fatores associados ao estado nutricional e ao nível de hemoglobina em idosos*. Viçosa – Minas Gerais, Brasil; 2008.
- Silva RH, Teixeira CAA, Carreira L, Antonio MM, Macieira SA. Caracterização dos idosos institucionalizados no asilo São Vicente de Paulo de Maringã – Paraná. *Arq. Mudi*. 2006;10(1):154-6.
- Smith DL. Anemia in the elderly. *American Academy of Family Physicians* 2000 Oct 1.
- Smith WE, Brett AW, Straker JK, Snell J, Jackson FW, Ulmer ME. A study of stairs in the housing of independently-living people. *International journal of aging & human development* 1994;39(3):247-56.
- Soares JD. Controvérsias na interpretação dos scores do Mini-Mental a demência leve [online]. Disponível em: URL:
http://www.huav.com.br/artigos_geriatria.htm?infoID=400
- Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* 2008 Dez;12(4):706-16.
- Steinke EE. Sexuality in aging implications for nursing facility staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 1997;28(2):59-63.

- Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR. Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz* 2002;8(3).
- Strawbridge, W.J., Wallhagen, M.I., and Cohen, R.D. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist* 2002;42(6):727-33.
- Trelha CS, Revaldaves EJ, Yussef SM, Dellaroza MSG, Cabrera MAS, Yamada KN et al. Caracterização de idosos restritores ao domicílio e seus cuidadores. *Revista Espaço para a Saúde Londrina* 2006 Dez;8(1):20-7.
- Tsang CW, Lazarus R, Smith W, Mitchell P, Koutts J, Burnett L. Hematological índices in an older population sample: derivation of healthy reference values. *Clinical Chemistry* 1998;44:96-101.
- Vaillant GE. *Aging well: surprising guidesposts to a happier life from the Landmark Harvard Study of Adult Development*. Boston: Little Brown; 2002.
- Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço. Ministério da Saúde, *Cadernos de Atenção Básica n.º 8*. Brasília; 2002.
- World Health Organisation. *Nutritional anemia: report of a WHO Scientific Group*. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1968.
- Wuthrick B, Schnyder UW, Henauer SA, et al. Häufigkeit der Pollinosis in der Schweiz: Ergebnisse einer repräsentativen demoskopischen Umfrage unter Berücksichtigung anderer allergischer Erkrankungen. *Schweiz Med Wochenschr* 1986;116:909-17.
- Xavier M, Lima FM, Pires VA, Arriero NA, Jimenez RN, Albertini R. A importância e métodos de avaliação do nível de funcionalidade de

idosos. VII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2008.

