



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Secretaria de Estado de Saúde

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS

Escola Superior em Ciências da Saúde – ESCS

Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde

Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde

PEDRITA DA CUNHA SALES PEREIRA MONTENEGRO

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS DE UM SERVIÇO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: EPIDEMIOLOGIA, RISCOS E
PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO**

BRASÍLIA

2018

PEDRITA DA CUNHA SALES PEREIRA MONTENEGRO

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS DE UM SERVIÇO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL: EPIDEMIOLOGIA, RISCOS E
PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO**

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação e Extensão da Escola Superior em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (ESCS) como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Profª Drª Maria Rita Carvalho Garbi Novaes

BRASÍLIA

2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

MM777a MONTENEGRO, PEDRITA DA CUNHA SALES PEREIRA
Avaliação da saúde de idosos de um serviço da
atenção primária à saúde do Distrito Federal:
Epidemiologia, riscos e propostas de intervenção /
PEDRITA DA CUNHA SALES PEREIRA MONTENEGRO;
orientador Maria Rita Carvalho Garbi Novaes. --
Brasília, 2018.
72 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em
Ciências para a Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação
e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde,
2018.

1. Idoso. 2. Avaliação em Saúde. 3. Sono. 4.
Nutrição do idoso. 5. Saúde bucal. I. Novaes, Maria
Rita Carvalho Garbi, orient. II. Título.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro

“Avaliação da Saúde de Idosos de um Serviço da Atenção Primária à Saúde do distrito Federal: Epidemiologia, Riscos e Propostas de Intervenção”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 28/02/2018*.

Prof.(a). Dr.(a). Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Orientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Leila Bernarda Donato Gottems
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Examinador (a) Interno

Prof.(a). Dr.(a). Wania Maria do Espírito Santo Carvalho
EAPSUS/FEPECS/SESDF
Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Levy Aniceto Santana
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Suplente

Brasília, 28/02/2018*

Dedico esse trabalho ao meu esposo,
pelo constante apoio, estímulo e força e
às minhas filhas pela compreensão.
Agradeço à minha orientadora que
norteou essa produção.

RESUMO

Introdução: A diminuição da capacidade funcional pode ter seu curso interrompido ou revertido quando há intervenções adequadas. A Atenção Primária à Saúde, como gerenciadora dos cuidados aos idosos, deve atuar na prevenção e promoção da saúde visando uma melhor qualidade de vida. Nessa perspectiva, a educação em saúde se constitui uma estratégia capaz de reorientar os cuidados em saúde do idoso. **Objetivos:** 1. Descrever o perfil socioeconômico das famílias e idosos acompanhados em um serviço da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (DF); 2. Analisar os riscos relacionados à saúde mental, bucal e nutricional a que estão expostos; 3. Propor estratégias de controle; 4. Utilizar cartilhas informativas para promover Educação em Saúde. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, analítico na Unidade Básica de Saúde – UBS 01 do Itapoã, na Região Leste de Saúde do DF. Foram avaliados 59 idosos entre setembro de 2016 e julho de 2017 através de Mini Avaliação do Estado Mental, Escala de Katz, Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, Mini Avaliação Nutricional e realização do teste *Timed up and Go*. **Produtos:** Os resultados foram apresentados sob forma de quatro produtos: 1. Artigo científico “Perfil Socioeconômico, Epidemiológico e Riscos Apresentados por Idosos de um Serviço da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”; 2. Relato de caso “Risco Nutricional e de Saúde Bucal: Evidência de vulnerabilidade em uma idosa de Brasília, Distrito Federal”; 3. “Cartilha de Orientação Sobre a Higiene do Sono”; 4. “Cartilha de Orientação aos Idosos Sobre a Prevenção de Quedas em Domicílio”. Foi escolhida a confecção de cartilhas porque podem ser consultadas para esclarecimento de dúvidas e servir como guia de orientações e cuidados. São ilustradas devido à baixa escolaridade na população alvo. **Resultados:** Não foram encontradas diferenças significativas entre as análises de sexo para idade, Katz, depressão, MAN e TUG, que apresentaram valores normais. Para a avaliação entre sexo e sono, foi evidenciada uma pior qualidade do sono para o sexo feminino em relação ao masculino. Foi verificada uma correlação fraca entre os testes de depressão e má qualidade de sono e depressão com alteração no TUG. As cartilhas foram idealizadas em resposta a esses riscos. O relato de caso selecionado apresentava forte evidência de que a má qualidade da saúde bucal favorecia o risco de desnutrição. **Conclusão:** Encontramos no Itapoã uma alta vulnerabilidade social. O conhecimento dos riscos que os idosos apresentam possibilita um trabalho conjunto visando a sua prevenção. Constatou-se maior prevalência de depressão nos indivíduos do sexo feminino e a associação desta condição com pior qualidade do sono e maior risco de quedas. Foram confeccionadas cartilhas sobre higiene do sono e prevenção de quedas para a educação em saúde para diminuir esses riscos. Novos estudos

devem ser realizados para corroborar os dados obtidos e verificar o impacto das medidas adotadas. Foi evidenciada a necessidade da construção das Redes de Assistência à Saúde Bucal na Região Leste do DF.

Palavras Chave: Saúde do Idoso, Atenção Integral à Saúde, Sono, Nutrição do idoso, Saúde Bucal.

ABSTRACT

Introduction: Decreased functional capacity may have its course discontinued or reversed when appropriate interventions are in place. Primary Health Care, as a manager of care for the elderly, should act in the prevention and promotion of health aiming at a better quality of life. From this perspective, health education constitutes a strategy capable of reorienting the health care of the elderly. **Goals:** 1. To describe the socioeconomic profile of the families and elderly accompanied in a service of the Primary Health Care of the Federal District (DF); 2. Analyze the risks related to the mental, oral and nutritional health to which they are exposed; 3. Propose control strategies; 4. Promote Health Education through an informative primer. **Methodology:** A cross - sectional, analytical study was performed at the Basic Health Unit - UBS 01 of Itapoã in the Eastern Region of Health of the DF. We evaluated 59 elderly people between September 2016 and July 2017 through Mental State Assessment, Katz Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Geriatric Scale of Yesavage Depression, Mini Nutritional Assessment and Timed up and Go test. **Products:** The results were presented in the form of four products: 1. Scientific article "Socioeconomic Profile, Epidemiology and Risks Presented by Elders of a Primary Health Care Service of the Distrito Federal"; 2. Case report "Nutritional and Oral Health Risk: Evidence of vulnerability in an elderly woman from Brasília, Distrito Federal"; 3. "Primer on Sleep Hygiene"; 4. "Primer for the Elderly on the Prevention of Home Falls". The preparation of primers was chosen because they can be consulted for clarification of doubts and serve as guidelines for care and guidance. They are illustrated because of the low level of schooling in the target population. **Results:** No significant difference was found between the analyzes of sex for age, Katz, depression, MAN and TUG, which presented normal values. For the evaluation between sex and sleep, a poorer quality of sleep was demonstrated for females than for males. A weak correlation was found between the tests of depression and poor quality of sleep and depression with alteration in the TUG and the primers were idealized in response to these risks. The reported case presented strong evidence that poor oral health favored the risk of malnutrition. **Conclusion:** We can find in Itapoã a high social vulnerability. Knowledge of the risks present in the elderly makes it possible to work together to prevent them. It was found a higher prevalence of depression in the female subjects and the association of this condition with worse quality of sleep and greater risk of falls. Primer on sleep hygiene and prevention of falls for health education were devised to reduce these risks. Further studies should be performed to corroborate the data

obtained and verify the impact of the measures adopted. It was evidenced the necessity of the construction of the Oral Health Care Networks in the Eastern Region of DF.

Key words: Health of the Elderly, Comprehensive Health Care, Sleep, Elderly Nutrition, Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
MAN	Mini Avaliação Nutricional
MEEN	Mini Avaliação do Estado Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TUG	Teste <i>Timed Up and Go</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	APROXIMAÇÃO AO TEMA	12
2	INTRODUÇÃO	13
3	OBJETIVOS	14
4	PRODUTO 1 - ARTIGO ORIGINAL	15
4.1	INTRODUÇÃO	17
4.2	MÉTODOS	18
4.3	RESULTADOS	20
4.4	DISCUSSÃO	21
4.5	CONCLUSÃO	22
4.6	REFERÊNCIAS	22
5	PRODUTO 2 - RELATO DE CASO	27
5.1	INTRODUÇÃO	29
5.2	MÉTODOS	30
5.3	EXPOSIÇÃO DO CASO.....	31
5.4	DISCUSSÃO	32
5.5	CONCLUSÃO	34
5.6	REFERÊNCIAS	34
6	PRODUTO 3 - CARTILHA DE HIGIENE DO SONO	36
6.1	INTRODUÇÃO	36
6.2	MÉTODOS	37
6.3	CONCLUSÃO	39
6.4	REFERÊNCIAS	39
7	PRODUTO 4 - CARTILHA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS	42
7.1	INTRODUÇÃO	42
7.2	MÉTODOS	43
7.3	CONCLUSÃO	44
7.4	REFERÊNCIAS	45
8	CONCLUSÃO DO TRABALHO FINAL	47
9	REFERÊNCIAS DO TRABALHO FINAL	48
	APÊNDICES	49
	ANEXOS	64

1. APROXIMAÇÃO AO TEMA

Sou médica de família e comunidade atuando no Itapoã há 11 anos. Atualmente trabalho em uma Equipe de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde 01 (UBS 01) do Itapoã. Durante esse tempo, em contato direto e diário com a população, pude observar a necessidade de acolhimento, orientações em saúde e acompanhamento da população em geral, especialmente da população idosa.

Existe uma vulnerabilidade social agregada à vulnerabilidade inerente ao processo de envelhecimento. Percebendo a existência de perdas potencialmente evitáveis, surgiu um desejo de promover uma melhora na qualidade de vida desses idosos utilizando a educação em saúde para a corresponsabilização dos cuidados.

A região do Itapoã é fruto de uma ocupação desordenada das terras. A falta de espaço para a instalação da infraestrutura referente aos serviços de segurança, saúde e educação e dos equipamentos de lazer favorece a vulnerabilidade social, a baixa oferta de serviços e o aumento da violência urbana. O medo de assaltos e tiroteios impacta negativamente no hábito de se fazerem caminhadas nas ruas, aumenta o nível de preocupação e estresse e piora a qualidade do sono, levando a uma maior restrição ao domicílio. A população mais jovem, que é maioria, ocupa os poucos espaços existentes para a prática de esportes e outras atividades e a população idosa tem pouco acesso a esses espaços.

Diante desse contexto, pensei em descrever o perfil socioeconômico das famílias e analisar os riscos a que estão submetidos os idosos acompanhados na UBS 01 do Itapoã, na Região Leste de Saúde do Distrito Federal, com o intuito de propor estratégias de controle e promover a educação em saúde por meio de cartilhas informativas.

2. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e nacional. Com o envelhecimento, ocorrem fragilidades específicas que facilitam o aparecimento das condições mórbidas e doenças crônicas que tendem a comprometer a qualidade de vida e a autonomia dos idosos, mesmo que não sejam fatais. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

No Distrito Federal, tanto a Política Distrital do Idoso² quanto o Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso³ estão em concordância com essas premissas. O protocolo define que a Atenção Primária à Saúde (APS) é o grande gerenciador dos cuidados aos idosos. Deve oferecer atenção integral, desde a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Ressalta que o foco das ações deve ser a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos idosos.

Alguns fatores associados à diminuição da capacidade funcional podem ter o seu curso interrompido e até revertido quando são identificados os fatores sociodemográficos que possam estar relacionados com a limitação e quando são realizadas intervenções adequadas. As influências positivas ou negativas das escolhas de vida, das interações sociais, econômicas e de comportamento vão direcionar a qualidade do envelhecimento. Hábitos de vida saudáveis podem amenizar tais alterações e suas consequências, a qualquer momento da vida em que forem adotados⁴.

O presente estudo foi delineado para se descrever o perfil epidemiológico e riscos prevalentes nos idosos com o fim de se planejarem as ações de educação em saúde. Esta é uma forma de prevenção e de responsabilização do cuidado que pode ter impacto positivo na sua qualidade de vida. A coleta dos dados foi realizada no período de setembro de 2016 a janeiro de 2017. Os resultados foram apresentados sob a forma de quatro produtos: 1. Artigo científico intitulado **“Perfil Socioeconômico, Epidemiológico e Riscos Apresentados por Idosos de um Serviço da Atenção Primária à Saúde do Itapoã – Distrito Federal”**, submetido para publicação pela Revista Pan-Americana de Saúde Pública – Qualis/CAPES Enfermagem B1 (Anexo 1); 2. Relato de caso no qual o risco nutricional estava bem evidente e havia muitas possibilidades de intervenção. O relato foi intitulado **“Risco Nutricional e de Saúde Bucal: Evidência de Vulnerabilidade em uma Idosa de Brasília, Distrito Federal”**,

submetido para publicação na revista Comunicação em Ciências da Saúde – Qualis/CAPES Enfermagem B3 (Anexo 2); 3. **“Cartilha de Orientação Sobre a Higiene do Sono”**, elaborada com o propósito de influenciar positivamente sobre a qualidade do sono dessa população através de meios não farmacológicos (Apêndice 1) e 4. **“Cartilha de Orientação aos Idosos Sobre a Prevenção de Quedas em Domicílio”** (Apêndice 2).

Foi escolhida a confecção de cartilhas ilustradas para o trabalho com os idosos, devido à alta prevalência de baixa escolaridade na população alvo. Para tanto, o tema abordado na cartilha foi descrito de forma simples e com figuras de confecção própria.

Já se sabe que o uso de uma cartilha para a educação em saúde é eficaz porque pode ser consultada posteriormente para que sejam retiradas possíveis dúvidas, pois o paciente e o familiar podem repetir a leitura e também porque pode servir como guia de orientações e cuidados^{5,6,7}.

3. OBJETIVOS

1. Descrever o perfil socioeconômico das famílias;
2. Analisar os riscos apresentados pelos idosos acompanhados na UBS 01 do Itapoã, Região Leste de Saúde do Distrito Federal;
3. Propor estratégias de controle;
4. Promover a educação em saúde por meio de cartilhas informativas.

4. PRODUTO 1

ARTIGO ORIGINAL

Perfil Socioeconômico, Epidemiológico e Riscos Apresentados por Idosos de um Serviço da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Assessment of socio-economic, epidemiological and Risks presented by the Elderly of a Service of Primary Health Care in Distrito Federal

Autores: Pedrita Cunha Sales Pereira Montenegro¹

Inara Sol Barbosa²

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes³

RESUMO

Objetivo. Descrever o perfil socioeconômico das famílias e identificar os riscos referentes à saúde mental e nutricional a que estão submetidos os idosos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. **Métodos.** Foi realizado um estudo transversal, analítico na Unidade Básica de Saúde – UBS 01 do Itapoã, na Região Leste de Saúde do Distrito Federal (DF), com a coleta de dados realizada entre setembro de 2016 e julho de 2017. A pesquisa constituiu-se de 59 idosos que responderam aos formulários validados de Identificação, Mini Avaliação do Estado Mental, Escala de Katz, Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, Mini Avaliação Nutricional – MAN e realizaram o teste *Timed Up and Go* (TUG). As análises foram realizadas por meio do software IBM SPSS versão 22, sendo realizadas as análises descritivas dos dados. **Resultados.** Os indivíduos do sexo feminino estão mais vulneráveis com relação à questão do sono, apresentando pior qualidade. Uma queixa muito frequente como geradora de má qualidade do sono foi a preocupação com a violência urbana. O estado de humor (depressão) mostrou correlação fraca com a má qualidade do sono e também com o risco de quedas. Sugerimos que esses idosos tenham um acompanhamento mais próximo e que seja desenvolvido um trabalho sobre higiene do sono e de prevenção de quedas. **Conclusão.** A RA do Itapoã apresenta alta vulnerabilidade social que se soma às vulnerabilidades inerentes ao

¹ Médica de Família e Comunidade, SES-DF; Mestranda na área de Atenção Integral à Saúde do Idoso, Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde, Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS, Brasília-DF. Endereço eletrônico: pedritamontenegro@gmail.com

² Médica Residente da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Brasília (UnB).

³ Docente do Curso de Medicina da ESCS/FEPECS e do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS, Brasília-DF.

envelhecimento. A avaliação dos idosos se mostrou muito importante para o delineamento da população e dos seus riscos. Houve uma maior prevalência de depressão nos indivíduos do sexo feminino e a associação desta com pior qualidade do sono e o maior risco de quedas, se fazendo necessário um trabalho educativo com essa população sobre a higiene do sono e de prevenção de quedas. Novos estudos devem ser realizados no sentido de corroborar os dados aqui obtidos e verificar o impacto das medidas adotadas.

Palavras-chave: Idoso, Atenção Integral à Saúde do Idoso, Avaliação em Saúde, Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono, Quedas por Acidente.

ABSTRACT

Objective. To outline the socioeconomic profile of the families and to identify the risks related to the mental and nutritional health to which the elderly are assisted in the Basic Health Unit (UBS) 01 of Itapoã, Eastern District of Health of the Federal District. **Methods.** A prospective, analytical study was performed at the Basic Health Unit - UBS 01 of Itapoã in the Eastern Region of Health of the Federal District (DF), with the data collection performed between September 2016 and July 2017. The sample consisted of 59 elderly who answered the Validated Identification, Mini Mental State Assessment, Katz Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Geriatric Depression Scale of Yesavage, Mini Nutrition Assessment - MAN and performed the Timed up and Go (TUG) test. **Results.** The female sex is more vulnerable to the issue of sleep quality. A very frequent complaint as generating poor sleep quality was the concern with urban violence. The mood state (depression) showed a correlation with poor sleep quality and also with the risk of falls, indicating that these elderly people should be closely monitored and that a work of sleep hygiene and prevention of falls should be developed. **Conclusion.** The RA of Itapoã presents high social vulnerability that adds to the vulnerabilities inherent to aging. The evaluation of the elderly was very important for the outline of the population and its risks. There was a greater prevalence of depression in the female subjects and the association of this with poorer sleep quality and the greater risk of falls, necessitating an educational work with this population on sleep hygiene and prevention of falls. Further studies should be carried out in order to corroborate the data obtained here and verify the impact of the measures adopted.

Key words: Elderly, Comprehensive Health Care, Health Evaluation, Sleep Initiation and Maintenance Disorders, Accidental Falls.

4.1 INTRODUÇÃO

A Região Administrativa do Itapoã, no Distrito Federal, surgiu de uma invasão de terras e teve um crescimento rápido e desordenado, com poucas possibilidades de melhoramento. É um território marcado pela iniquidade social, pobreza estrutural e dificuldade de acesso aos recursos e serviços públicos de uso coletivo e pela necessidade de mobilidade de seu local de moradia para acesso à educação básica, superior, cursos profissionalizantes e postos de trabalho. Há pouca promoção do bem-estar urbano (acesso aos serviços coletivos e infraestrutura urbana adequada) com prevalência de extrema ou muita preocupação com a própria integridade física e percepção de insegurança e exposição à violência na cidade^{1,2}.

O Itapoã tem uma população urbana estimada em 68.587 habitantes, com a população predominantemente jovem. A renda domiciliar apurada na localidade é considerada média baixa, 3,26 salários mínimos mensais, e a *per capita*, de 0,89 SM. Comparando os dados de 2013 e 2015, observa-se que o número médio de pessoas por domicílio aumentou. Com relação à condição econômica, a renda real domiciliar e a *per capita* mostraram decréscimo em 2015 em relação a 2013. A renda *per capita* é R\$ 702,38 (0,89SM), com os 10% mais ricos absorvendo 39,02% da renda e os 10% de menor poder aquisitivo, apenas 1,81%. O Coeficiente de Gini é de 0,462².

Com relação aos equipamentos de lazer, há predominância de Ponto de Encontro Comunitário (PEC) e ciclovias, e somente 18,20% moram próximos a um espaço cultural². Dispor desses equipamentos não significa possibilidades plenas de usufruto, pois a violência urbana é muito prevalente e são comuns os assaltos em via pública e invasões de domicílio^{3,4}.

Envelhecer nesse contexto traz importantes consequências sociais e econômicas para a população como um todo e para a população idosa em particular, pois trata-se de um grupo etário mais vulnerável. O idoso não tem uma história de vida anterior nesse local, devendo adaptar-se a um novo ambiente e estabelecer relações sociais, familiares, habitação, lazer e hábitos de vida e isso pode acentuar problemas como solidão, dificuldades financeiras, medo de violência e deterioração das condições de saúde⁵. Esse processo a ser realizado em um ambiente inóspito exige um esforço ainda maior.

A avaliação da população idosa mostra-se fundamental para que sejam planejadas estratégias de intervenção e monitoramento do seu estado clínico-funcional⁶. Ainda que o idoso não perceba as suas limitações, os profissionais de saúde devem valorizá-las e tentar retardar as suas manifestações⁷.

Com o envelhecimento, aparecem fragilidades específicas e ocorre declínio funcional. Essas alterações facilitam o aparecimento das condições mórbidas e doenças crônicas que, ainda que não sejam fatais, tendem a comprometer a qualidade de vida e a autonomia dos idosos⁸. A perda da autonomia em diversos setores da vida interfere negativamente na manutenção da funcionalidade, aumentando o risco de dependência⁹.

Tendo em vista que o envelhecimento e, em especial, suas sequelas físicas são fortemente suscetíveis às práticas de promoção e de prevenção¹⁰ e que a educação em saúde se constitui em uma estratégia capaz de reorientar o cuidado em saúde do idoso na perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica¹¹, faz-se necessário o planejamento dessas ações. Para tanto, foi delineado este estudo na Unidade Básica de Saúde (UBS) 01 do Itapoã, na Região Leste de Saúde do Distrito Federal. Os objetivos foram descrever o perfil socioeconômico das famílias, analisar os riscos relacionados à saúde mental, funcional e nutricional a que estão submetidos os idosos acompanhados, propor estratégias de controle dos riscos e intervenção através da educação em saúde.

4.2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, analítico na UBS 01 do Itapoã, na Região Leste de Saúde do DF, com a coleta de dados realizada entre setembro de 2016 e julho de 2017.

Os critérios de inclusão foram serem cadastrados na área de abrangência das equipes de saúde da família, que não fossem acamados ou cadeirantes e que voluntariamente aceitassem participar da pesquisa, através da assinatura do TCLE.

Foram excluídos os idosos com problemas de saúde ou cognitivos que impossibilitariam a compreensão das instruções para resposta aos instrumentos de coleta, tais como demências, sequelas neurológicas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), classificadas como graves e quando houve desistência da participação.

Os idosos atendidos na UBS 01 que satisfaziam aos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa, esclarecidos quanto aos objetivos e a metodologia da coleta de dados e em caso de concordância, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 2). No final do período, houve um total de 59 idosos avaliados.

A avaliação consistia em, primeiramente, responder ao formulário de Identificação (Apêndice 3) e realizada a Mini Avaliação do Estado Mental¹² – MEEM (Anexo 4). Este é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação. Avalia vários domínios (orientação espacial, temporal, memória imediata e

de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho) para indicar as funções que precisam ser investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira¹³.

Aqueles que se mostraram aptos no MEEM respondiam aos demais instrumentos do questionário estruturado, com os testes já validados para os seguintes aspectos:

Avaliação funcional: Escala de Katz¹⁴ (Anexo 5), que traz uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados com as perdas de função no idoso. Elas começam pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar às de auto regulação, como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. A pontuação pode ser numeral, onde cada tarefa recebe pontuação específica que varia de zero para a independência a três para dependência total ou por escore (dependente ou independente). A maioria dos instrumentos atuais se basearam nesta escala¹⁵.

Avaliação do sono: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh – PSQI-BR (Anexo 6), que se refere à qualidade do sono no último mês. São avaliados os 7 componentes do sono: qualidade subjetiva, latência, duração, eficiência, transtornos do sono, uso de medicamentos e sonolência diurna. A qualidade do sono é padronizada, fácil de ser respondida e interpretada. Os pacientes são divididos entre “bons dormidores” (escore abaixo de 5) e “maus dormidores” (escore de 5 ou mais)¹⁶.

Avaliação do humor: Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage¹⁷ (Anexo 7), que é composta por perguntas fáceis de serem entendidas e possui pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não) e demanda de cinco a 15 minutos para a sua aplicação. Foi criada uma versão reduzida, com 15 itens, a partir da escala original, considerando-se os itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão¹⁸.

Avaliação nutricional: Mini Avaliação Nutricional¹⁹ – MAN (Anexo 8). É uma ferramenta que pode identificar risco nutricional ou desnutrição instalada. A detecção desses riscos, em qualquer grau, é uma medida importante para a adequada orientação nutricional²⁰.

Avaliação do risco de quedas através da realização do teste *Timed Up and Go*²¹ (TUG).

Após a avaliação, foram feitos encaminhamentos para acompanhamento dos idosos em risco pelos serviços de referência.

Os dados foram categorizados nas seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino); idade (distribuída em faixas etárias) e os resultados dos testes divididos em faixas ou dados em números. Assim, para o teste de depressão, foram classificados em “sem depressão” (0 a 5), “depressão leve a moderada” (5 a 10) ou “grave” (11 a 15); para o estado nutricional, em “desnutrido” (menor que 17), “em risco de desnutrição” (17 a 23,5) ou “normal” (24 a 30);

para a qualidade do sono, “boa qualidade” (0 a 5), “grande dificuldade em 2 componentes ou dificuldade moderada em 3 componentes” (maior que 5); para o risco de quedas, em “ausente” (TUG até 12,4 segundos) ou “aumentado” (a partir de 12,5 segundos); para a funcionalidade, “independente” (5 ou 6), “parcialmente dependente” (4 ou 3) ou “dependente” (1 ou 2).

Uma vez que as pesquisas traziam dados categóricos, a comparação entre os testes foi por meio do teste de Mann-Whitney U. Foi também realizada a correlação de Spearman entre os testes realizados, com objetivo de verificar se havia correlação entre eles. As análises foram realizadas por meio do *software* IBM SPSS versão 22, sendo realizadas as análises descritivas dos dados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS) e foi aprovado e emitido o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 57000016.4.0000.5553 (Anexo 3). Não há conflito de interesses.

4.3 RESULTADOS

A análise dos dados evidenciou que a média de idade foi 68,1 ($\pm$ 6,2) anos, distribuídos em predomínio do sexo feminino (67,8%), pardo (35,6%), casado (32,2%), aposentado (71,2%), católico (45,8%), com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (76,3%) e com nível fundamental de instrução educacional (59,3%).

As principais doenças encontradas nos pacientes foram Hipertensão Arterial Sistêmica (83,05%) e Diabetes Mellitus (44,06%). Quando avaliada a perda cognitiva, a pesquisa apresenta uma condição cognitiva normal em 100% das avaliações. Foram identificadas dificuldades de nível grave em dois ou mais componentes da qualidade de sono em 33,9%, alteração no estado nutricional em 20,3%, risco de queda em 16,9% e depressão em 15,3%.

As comparações de sexo com a idade e as avaliações funcional, da depressão, do sono, MAN e TUG, foram por meio do teste de Mann-Whitney U. Não foi encontrada diferença significativa entre as análises de sexo para idade, Katz, depressão, MAN e TUG com $p > 0,05$. Para a avaliação entre sexo e sono foi observada uma diferença significativa com $p < 0,01$, demonstrando uma maior pontuação na avaliação do sexo feminino em relação ao masculino.

Foi evidenciada correlação fraca entre os testes de depressão e avaliação da qualidade de sono ($p = 0,02$) e depressão com TUG ($p < 0,01$).

4.4 DISCUSSÃO

A pesquisa teve predominância do sexo feminino, o que pode traduzir o fenômeno de feminização da população idosa como um fenômeno nacional e mundial^{18,19,20} ou o fato de que as mulheres têm maior preocupação com o autocuidado e demandam mais o sistema de saúde^{18,20,21}.

No presente trabalho, não foram encontradas diferenças significativas entre as análises de sexo para idade, depressão e quedas. A literatura aponta para uma forte correlação entre o sexo feminino e o risco de quedas^{20,21}, e com a depressão^{22,23}, o que difere dos dados presentemente encontrados, nos quais essa associação não foi encontrada. Uma possível explicação para isso é que a vulnerabilidade é tão grande que tem impacto também nos indivíduos do sexo masculino, permanecendo elevada em ambos e não evidenciando a diferença.

Corroborando os dados encontrados em outros estudos^{24,25,26}, não houve diferenças entre o sexo feminino e masculino em relação à funcionalidade e risco nutricional.

Foi encontrada uma correlação fraca entre depressão e o risco de quedas. Esses dois fatores podem se influenciar mutuamente, tanto a queda levando a um humor depressivo quanto a depressão aumentando o risco de quedas^{21,23}. A associação de depressão com o maior risco de quedas pode se relacionar com efeitos colaterais de medicações antidepressivas, indiferença ao ambiente e tendência à inatividade²⁴. Foi também relatada uma maior prevalência de doenças crônicas nos indivíduos depressivos e o seu tratamento medicamentoso pode aumentar o risco de quedas^{21,23,24}.

A avaliação do sono demonstrou uma maior pontuação na avaliação do sexo feminino em relação ao masculino, o que traduz a pior qualidade de sono das mulheres em relação aos homens, corroborando o que é encontrado na literatura^{27,28}. A má qualidade do sono aumenta o risco de quedas por aumentar a sonolência diurna e também se associa a maior prevalência de depressão. Isso pode impactar negativamente na qualidade de vida dos idosos^{21,24}.

Durante a aplicação dos questionários, uma queixa muito frequente como geradora de má qualidade do sono foi a preocupação com a violência urbana. Apareceram inquietações com relação a assaltos no domicílio e também uma grande preocupação com familiares que necessitam se ausentar no período noturno.

Uma análise dos dados dos crimes no DF²⁹ evidenciou que os crimes contra o patrimônio como roubos, furtos, estelionato e extorsão mediante sequestro, aumentam de acordo com o aumento da renda, e ocorrem mais nas regiões de maior poder aquisitivo. As regiões administrativas com menores poderes aquisitivos sofrem mais com crimes mais

violentos, que ofendem ou ameaçam a personalidade humana, como a vida, a integridade corporal, a honra e a liberdade. A RA do Itapoã foi apontada como quarta RA na questão de roubos a transeunte, terceira em roubos em transporte coletivo, quinta em roubo a veículo, quarta em roubos em comércio e segunda em furtos a residências.

4.5 CONCLUSÃO

A RA do Itapoã apresenta alta vulnerabilidade social, representada por pobreza estrutural, dificuldade de acesso aos recursos e serviços públicos e altos índices de violência urbana. A população idosa já apresenta vulnerabilidades inerentes ao processo de envelhecimento e a estas somam-se os desafios de se adaptar a essas condições adversas. A feminização da população idosa foi confirmada.

A avaliação dos idosos se mostrou muito importante para o delineamento da população e dos seus riscos. A partir das necessidades reais encontradas, é possível o planejamento e a corresponsabilização do cuidado e a promoção da qualidade de vida através da adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

Na análise realizada, houve uma maior prevalência de depressão nos indivíduos do sexo feminino e a associação desta com pior qualidade do sono e o maior risco de quedas. Foi também relatada uma maior prevalência de doenças crônicas nos indivíduos depressivos e o seu tratamento medicamentoso pode aumentar o risco de quedas. Levando-se em conta que o sexo feminino foi associado positivamente aos riscos, evidencia-se a necessidade de ser feito um trabalho educativo com essa população, com o intuito de diminuí-los.

Para isso, foram confeccionadas as cartilhas de Higiene do Sono e a de Orientação aos Idosos sobre a Prevenção de Quedas em Domicílio. Espera-se que essa a sua aplicação possa gerar uma diminuição das vulnerabilidades e melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

Sugerimos que esses idosos possam ter um acompanhamento mais próximo e que se desenvolva um trabalho de higiene do sono e de prevenção de quedas.

Novos estudos devem ser realizados no sentido de corroborar os dados aqui obtidos e verificar o impacto das medidas adotadas.

4.6 REFERÊNCIAS

1. Moura LBA, Oliveira CD, Vasconcelos AMN. Violence and youth in a territory of the metropolitan area of Brasília, Brazil: a socio-spatial approach. *Ciênc. Saúde Coletiva*; [Internet]. 2015; [Acesso: 06/03/2018]. 20(11): 3395-405. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103395&script=sci_arttext&tlng=em

2. Brasília, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital Por Pesquisa de Domicílios - Itapoã - PDAD 2015/2016. [Acesso: 06/03/2018]. CODEPLAN/SEPLAN, 2016. Disponível em:
http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2016/PDAD_Itapoa.pdf
3. Cardoso MG. Política Pública na Área de Segurança e Cidadania: Percepção dos Moradores do Itapoã (DF) Sobre o Pronasci e a Ação Territórios da Paz, [Dissertação] Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. 2011. [Acesso: 06/03/2018]. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/6008#>
4. Silva CF. A violência no Distrito Federal: Um ensaio sobre a mídia impressa e a perspectiva teórica. Universitas. Relações Internacionais [Internet]. 2006. [Acesso: 08/02/2018]. 4(2). 2006. Disponível em:
<https://search.proquest.com/openview/9db6b2cf5c48432999dfe99d894494d4/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2031894>
5. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Revista de Saúde Pública, [Internet] 1987; [Acesso: 08/02/2018]. 21, 225-33. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/rsp/1987.v21n3/225-233/>
6. Brasil. Ministério da Saúde: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, caderno n. 19, Brasília: MS, 2006 (MS, Cadernos de Atenção Básica). [Acesso: 09/03/2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
7. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS; Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010 Dec; [Acesso: 01/05/2016]. 14(4): 803-10. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400021&script=sci_abstract&tlng=pt.
8. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2014 Aug; [Acesso: 30/05/2016]. vol.19 (8).3317-25 Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci_abstract&tlng=pt.
9. Moo-Young K. Anorexia in the elderly. Korean J Clin Geri [Internet] 2014 Dec; [Acesso: 28/05/2016] 15(2):56-61. Disponível em:
http://www.ekjcg.org/journal/view.html?uid=545&page=&pn=mostread&sort=publish_Date%20DESC&spage=&vmd=Full.

10. Aciole GG, Batista, LH. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. *Saúde em Debate* [Internet]. 2013 mar. [Acesso: 31/05/2106] 37:10-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/03.pdf>

11. Cruz P, Firmino R, Patrício J, Rodrigues L, Vasconcelos AC. Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB. *Rev. APS, Juiz de Fora*. [Internet]. 2010 Dez; [Acesso: 30/05/2016]. 13 (4): 523-30 Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/661/399>

12. Folstein, Folstein & McHugh, Mini Mental - 1975. APUD Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli, P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2003 Sep. [Acesso: 29/06/2016]; 61(3B): 777-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2003000500014&lng=en

13. Duarte YADO, Andrade CLD, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [Internet] 2007. [Acesso: 21/05/2016]. 41(2), 317-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>

14. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, de Barba ME, et al. Validation of the brazilian portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. [Adaptação] *Sleep Med.* [Internet]; 2011 [Acesso: 29/07/2016]. 201;12(1): 70-5 Disponível em: [http://www.sleep-journal.com/article/S1389-9457\(10\)00380-1/fulltext](http://www.sleep-journal.com/article/S1389-9457(10)00380-1/fulltext)

15. Matias AGC, Fonseca MA, Matos MA. Análise fatorial de sintomas depressivos e ocorrência de quedas em idosos. *Sci. med.*, [Internet] 2015. [Acesso: 11/08/2016]; 25(1): 02-19. Disponível em: <http://search.proquest.com/openview/1024c17da8d918fd7cf14d148b4f1672/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2036194>

16. Nestlé Nutrition Institute. Mini nutritional assessment. [Internet]. [Acesso em: 29/07/2016]. Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_portuguese.pdf

17. Wamser EL, Valderramas SR, Paula JA, Schieferdecker MEM, Amarante TP, Pinotti F, et al. Melhor desempenho no teste timed up and go está associado a melhor desempenho funcional em idosos da comunidade. *Geriatr Gerontol Aging.* [Internet] 2015; [Acesso: 06/02/2018]; 9(4):138-43. Disponível em: <http://www.ggaging.com/export-pdf/42/v9n4a03.pdf>

18. Dresch F, Barcelos A, Cunha G. Santos, G. Condição de saúde auto percebida e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos atendidos pela estratégia da saúde da família. *Revista Conhecimento Online*, 2017. [Acesso: 06/02/2018]; 2, 118-27. Disponível em: <http://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1183>
19. Silva NKC; Oliveira MLC. Fatores que interferem no sono dos alunos idosos da Universidade da Maturidade (UMA), na cidade de Palmas (TO). *Revista Kairós: Gerontologia*, [Internet] 2015 mar [Acesso: 13 jan. 2018]; 18(1) 129-50. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/25094/17912>.
20. Barbosa TS, Silva-Queiroz AM, Silva BM, Silva MCD, Barreto, SRBP, Almeida SLS. Fatores de Risco para Quedas na População Idosa: Revisão Integrativa da Literatura. [Internet] *Revista Saúde-UNG*, 2017. 10(1ESP)38. [Acesso: 06/02/2018]. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2607/1981>
21. Pereira AA, Ceolim MF, Neri AL. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Mar [Acesso em: 13/01/2018]; 29(3): 535-46. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300011&lng=en.
22. Sousa KA, Freitas FFQ; Castro AP, Oliveira, CDB, Almeida, AAB, Sousa, KA. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. *REME rev. min. enferm*, [Internet] 2017; [Acesso: 06/02/2018]. 21. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31647>
23. Marques JFS, Sá SC, Freitas Filho W, Espírito Santo LR, Prince KA, Oliveira MVM. Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 2017. [Acesso: 06/02/2018]; 24(4), 20-4. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/download/804/724/>
24. Teixeira DC, Oliveira IL, Dias RC. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. *Fisioterapia em movimento*. [Internet] 2017. [Acesso em: 06/02/2018]; 19(2). Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18708/18129>
25. Almeida P, Mendonça MA, Marinho MS, Santos, Sousa L, Andrade SMB, Reis LA). Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. *Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, [Internet] 2017 [Acesso: 06/02/2018]; 18(1). Disponível em: <http://200.145.171.5/revistas/index.php/sobama/article/view/7274/4736>
26. Lira S, Goulart RM, Alonso AC. A relação entre estado nutricional e presença de doenças crônicas e seu impacto na qualidade de vida de idosos: revisão integrativa. *Revista de*

- Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde). [Internet]. 2017 [Acesso: 06/02/2018]. 15(53), 81-86. Disponível em:
http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4572
27. Júnior RF. Distúrbios do Sono em Idosos [Apresentação de Slides]. 2013. Slideshare. [Acesso em 13/01/2018]. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/rubens/disturbios-do-sono-em-idosos>.
28. Clares JWB, Freitas MC, Galiza FT, Almeida PC. Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [Acesso em: 13/01/2018]; 25(1):54-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800009&lng=en.
29. Sousa APAM. Criminalidade no Distrito Federal: Uma visão analítica por região administrativa nos crimes contra a pessoa e patrimônio no ano de 2013. [Monografia] Brasília: Gestão Integrada da Segurança Pública-Unisul Virtual; 2015. [Acesso: 06/03/2018]. Disponível em:
<https://riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/391/%5B38064-11289-1592299%5DANA%20PAULA%20ALTOE%20MARTINIANO%20DE%20SOUSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. PRODUTO 2

RELATO DE CASO

Risco Nutricional e de Saúde Bucal: Evidência de vulnerabilidade em uma idosa do Distrito Federal

Nutritional Risk and Oral Health: Evidence of frailty in an elderly woman from Distrito Federal

Autores: Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro¹

Ana Lúcia Ribeiro Salomon²

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes³

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi relatar os resultados da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) realizada em uma idosa, usuária de uma Equipe de Saúde da Família da Região Leste do Distrito Federal (DF), quanto aos riscos à saúde geral e bucal, a que está submetida e planejar intervenções para minimizá-los em um Projeto Terapêutico Singular, proporcionando-lhe um envelhecimento saudável. Mediante a realização de um estudo descritivo, na modalidade relato de caso, a paciente foi submetida à avaliação e foram detectadas deficiência de suporte familiar, risco nutricional e precariedade em sua saúde bucal. Foi estabelecido um projeto terapêutico singular, com um plano de intervenções multidisciplinar, mas este não pôde ser executado totalmente por falta de serviços de referência para a Região Leste do DF, evidenciando a necessidade de se construir uma rede de referência que acolha as demandas da Atenção Primária em Saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento saudável, Avaliação Geriátrica Ampla, Mini Avaliação Nutricional, Saúde Bucal.

ABSTRACT

This is a case report which aimed to make a comprehensive geriatric assessment in an elderly woman that uses primary care in Distrito Federal's East Region. It was carried out to

¹ Médica de Família e Comunidade, SES-DF; Mestranda na área de Atenção Integral à Saúde do Idoso, Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde, Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS/FEPECS, Brasília-DF. Endereço eletrônico: pedritamontenegro@gmail.com

² Docente do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS, Brasília-DF.

³ Docente do Curso de Medicina da ESCS/FEPECS e do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS, Brasília-DF.

identify which risks she has and draw an intervention plan to minimize them due to give her an healthy ageing. The patient was analyzed by comprehensive geriatric assessment and it was detected familiar and nutritional risks, due to bad oral health. It was draw the intervention plan but it couldn't be executed because there are no references services in oral health for Distrito Federal's East Region. It's evidenced we need to construct an attention net that absorbs the patients from primary care.

Key words: Healthy Ageing, Comprehensive Geriatric Assessment, Mini-Nutritional Assessment, Oral Health.

5.1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento está associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares que leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo¹. A capacidade intrínseca abrange todas as capacidades físicas e mentais, mas, isoladamente, não determina a capacidade funcional, sendo igualmente importante o ambiente em que o sujeito vive e sua interação com ele. Embora ambas as capacidades tendam a diminuir com o aumento da idade, as escolhas de vida ou as intervenções em diferentes momentos durante o curso da vida irão determinar o caminho – ou trajetória – de cada indivíduo. Os recursos ou barreiras definirão se as pessoas com um determinado nível de capacidade intrínseca podem fazer as coisas que consideram importantes¹.

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS delinea um quadro de ações para promover o “Envelhecimento Saudável” como sendo a manutenção da capacidade funcional e não apenas a ausência de doença. A pessoa pode conviver bem adaptada a uma doença crônica sem que isso interfira com a sua qualidade de vida e a presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas².

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o grande gerenciador dos cuidados aos idosos com atenção integral, desde a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O foco das ações deve ser a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos idosos³. Para que essa finalidade seja cumprida, deve ser feita a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa.

A avaliação dos idosos pode ser feita com a aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)⁴ nas Unidades Básicas de Saúde de forma rápida e de fácil execução. O seu uso permite identificar diversos problemas condicionantes de declínio funcional nas pessoas idosas e sinaliza a necessidade da utilização de instrumentos mais complexos.

Diante da necessidade do cuidado aos idosos pela APS e da facilidade no uso de algumas ferramentas de gestão da clínica, foi construído esse relato de caso para que instrumentos como a AGA e a construção de um PTS sejam pensados como valiosos auxiliares do cuidado. Os objetivos deste trabalho foram relatar a aplicação da AGA e os seus resultados, especialmente relacionados à saúde bucal e aos riscos à saúde, de uma idosa assistida por uma Equipe de Saúde da Família da Região Leste do DF e a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), na perspectiva da clínica ampliada.

5.2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, na modalidade relato de caso, realizado na UBS 01 da Região Leste de Saúde do DF. Para a condução desse estudo, a participante foi avaliada de acordo com as orientações da AGA. Houve a necessidade de ser construído um PTS e diante das vulnerabilidades apresentadas, foi convidada a permitir a publicação da sua história por meio de um relato de caso. Foram assegurados o sigilo e a confidencialidade dos dados.

Após a concordância, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A construção do PTS de uma idosa usuária de uma equipe de saúde da família teve início com a entrevista, com aplicação de roteiro semiestruturado contendo o histórico, papéis e relacionamento familiar, agravos, saúde, condições de moradia e higiene, convívio social e realização do exame físico da paciente. Posteriormente, foram formuladas hipóteses para intervenção, definição de metas, discussão das metas entre equipe e família e a reavaliação das intervenções planejadas.

A entrevista foi baseada na AGA, que é composta de vários instrumentos de avaliação. A literatura científica comprova não somente sensibilidade e especificidade nestes rastreios, mas principalmente redução do risco de desfechos indesejados na saúde global de uma pessoa idosa³. Foi dividida em sete partes: avaliação clínica geral, verificação de polifarmácia, grau de dependência, avaliação mental, deambulação, humor, nutrição e avaliação sócio familiar. Foi realizada em duas etapas, pois é extensa e a paciente solicitou que fosse fracionada. Ambas as etapas foram realizadas em fevereiro de 2016.

Na avaliação clínica inicial foram coletados os dados de identificação pessoal e composição familiar. Foram questionadas as queixas atuais e pregressas por sistemas com posterior exame físico (examinados os dados vitais, pele, grau de hidratação, deambulação, sistemas cardiovascular, digestivo, genito-urinário, nervoso, musculoesquelético, continência e vacinação). Foi investigado o uso de medicações prescritas e auto ministradas e utilizados instrumentos de avaliação específicos, presentes na AGA, para os demais aspectos, como se seguem:

Avaliação Funcional: Determina o comprometimento funcional da pessoa idosa e a sua necessidade de auxílio, se é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades de vida diária (alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas). Foi utilizada a Escala de Katz.

Avaliação Mental/ Cognição: Auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas. O desempenho físico e social do idoso depende da

integridade de suas funções cognitivas. O grau de escolaridade deve ser levado em consideração. Foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Mobilidade: Há grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha com aumento do risco de quedas. Podem ocorrer por disfunções motoras, de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. Para avaliação, foi utilizado o teste ‘*Timed up and Go*’ (TUG).

Humor: Avaliar a presença de depressão, que é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas. A depressão leve representa a presença de sintomas depressivos frequentemente associados com alto risco de desenvolvimento de depressão maior, doença física, maior procura pelos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos. Foi utilizada a ‘Escala Geriátrica de Depressão’.

Nutrição: A população idosa é particularmente propensa a alterações nutricionais devido a fatores relacionados às modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional. Foi utilizada a ‘Mini Avaliação Nutricional’ (MAN).

Avaliação da Funcionalidade Familiar: Nos Sistemas Familiares deve haver um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros. Foi utilizado o ‘Apgar Familiar’.

5.3 EXPOSIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 63 anos, parda, viúva, analfabeta, aposentada, católica. Reside em casa própria com um filho que trabalha o dia inteiro e só retorna à casa para dormir. Compareceu à consulta com queixa de insônia. Relata que dorme bem durante a semana e que nos finais de semana o filho sai à noite, deixando-a inquieta e preocupada, com dificuldades para dormir. Nesses dias apresenta vertigem, com sensação de que “a cabeça está oca”.

Tem, como antecedentes patológicos, uma Hipertensão Arterial Sistêmica diagnosticada há dez anos (usa diurético e antagonista da angiotensina), insônia e pterígio. Durante o interrogatório sistemático foram detectados enevoamento da visão e incontinência urinária por transbordamento, com urgência miccional, tabagismo (7 a 8 cigarros/dia) e sedentarismo. Não foi identificada polifarmácia.

Nas avaliações específicas: Grau de dependência: independente;

Avaliação Mental / Cognição: Satisfatória, com pontuação adequada ao grau de escolaridade;

Mobilidade: Anormalidade leve;

Humor: Não tem sinais de depressão;

Nutrição: Risco de desnutrição;

Avaliação Sociofamiliar: Insuficiência familiar.

Foi traçado um plano de intervenções. Foram estabelecidos para curto prazo: encaminhamento para oftalmologista (avaliação do pterígio e catarata), substituição do diurético por beta bloqueador (minimização da incontinência urinária e diminuição da ansiedade) e encaminhamento para odontologia (avaliação da lesão gengival sob a prótese e confecção de nova prótese).

Nesse momento, verificou-se a ausência de referência para prótese odontológica na Região Leste do DF. Existe pequena oferta de serviços de prótese dental no DF e a Região Leste não dispõe de um serviço de referência que acolha essas demandas.

No plano terapêutico, foi programada uma reunião com a família da idosa juntamente com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A reunião teve o objetivo de fortalecer as redes de apoio familiar, verificar outras necessidades da paciente e resultou no encaminhamento da paciente para a escola de avós no Paranoá, para que aprenda a identificar os números e consiga autonomia na locomoção através de transporte coletivo.

5.4 DISCUSSÃO

Uma vez que a paciente mostrou-se independente quanto à mobilidade funcional e teve avaliação satisfatória na avaliação mental/ cognição, este relato deteve-se aos agravos mais importantes encontrados na paciente. Os problemas de saúde bucal são altamente prevalentes na população idosa e estão associados a uma má nutrição, gerando um grande impacto na qualidade de vida e saúde⁵. Dentre os problemas bucais existentes nos pacientes da terceira idade, a perda de dentes é um dos mais frequentes⁶. Em decorrência disso, a reabilitação protética torna-se fator importante para o restabelecimento das condições bucais ideais. A perda da dentição permanente influenciará na mastigação e, conseqüentemente, na digestão, bem como na gustação, na pronúncia e na estética. Um estudo demonstrou que em média 62,2% dos pacientes avaliados não possuíam dentes na boca, 50% usavam algum tipo de prótese e, dos desdentados totais, 53,3% manifestaram necessidade de fazer uso deste recurso⁶. Essas são condições que podem ser melhoradas trazendo um grande impacto positivo na saúde global do idoso.

Uma saúde bucal precária pode levar a dificuldades na mastigação, inflamação nas gengivas e uma dieta monótona, pobre em nutrientes. Sabe-se que pessoas que têm disfunção mastigatória tendem a adaptar a dieta pela sua consistência optando pela ingestão de alimentos macios e mais fáceis de ingerir, porém de menor qualidade nutricional em detrimento a vegetais crus, frutas, carne ou grãos integrais que são ricos em nutrientes⁷.

Nesse sentido, observou-se que a seleção e o processamento de alimentos são limitados por alterações bucais como a perda dental, reabilitação protética ausente ou inadequada e presença de dor ou desconforto relacionados a cáries e fraturas nos dentes⁸. A detecção do risco de desnutrição ou da desnutrição já instalada utilizando instrumentos simples, precisos e não invasivos é um passo importante para a melhoria do cuidado com a saúde dos idosos. Um instrumento especificamente desenvolvido para isso é a MAN. Ela foi elaborada com o propósito de aferir o risco de desnutrição em idosos frágeis e para identificar aqueles que poderiam se beneficiar de intervenção precoce⁹.

Usualmente, a MAN é utilizada para avaliação em idosos institucionalizados, mas já se encontram avaliações em idosos da comunidade que sugerem associação entre o estado bucal e o estado nutricional mensurado através da MAN e também que idosos edêntulos sem o uso de prótese total inferior e aqueles que reportaram sua saúde gengival como insatisfatória podem estar em risco aumentado para desnutrição⁸.

Na rotina diária, os testes de triagem são muito válidos para a detecção dos riscos, no entanto a aplicação dos testes completos é muito demorada e inviabiliza o fluxo dos pacientes. Ambas as avaliações tanto a saúde bucal quanto a avaliação nutricional ainda não são habituais no atendimento ao idoso e faz-se necessário que sejam incorporadas à prática clínica.

Não há serviços de referência para prótese odontológica na Região Leste do DF. O principal fator de risco detectado é passível de intervenção, no entanto não há recursos para garanti-la, na atual estrutura da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF). Devem ser construídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) em que a referência para o problema detectado seja efetiva, com a ampliação do acolhimento por parte dos serviços já existentes e que não contemplam a Região Leste, seja com a criação de novos serviços para acolhimento para as demandas levantadas.

5.5 CONCLUSÃO

A realização da Avaliação Geriátrica Ampla principalmente da MAN possibilitou a identificação dos riscos aos quais a paciente está sujeita e foi traçado um plano de intervenções para restabelecer a sua saúde e lhe proporcionar um envelhecimento saudável. A paciente estava sob risco nutricional e uma intervenção precoce poderia modificar as perspectivas de curto, médio e longo prazos e interferir positivamente na qualidade de vida da idosa, perspectivas parcialmente cumpridas neste relato devido a falta de recursos para dar continuidade a atenção a saúde desta idosa na Unidade Básica de Saúde do Del Lago (UBS 01), da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

A aplicação da MAN possibilitou a detecção de dificuldades na alimentação. Ao serem investigadas as causas dessa dificuldade, e se avaliar a saúde bucal, se constatou que a precariedade das condições orais levava a grande dificuldade na nutrição, colocando a paciente em risco, pois a escolha por alimentos levava em consideração a consistência e fácil ingestão dos alimentos e não a sua qualidade nutricional.

Foi detectada uma deficiência na rede de atenção à saúde bucal, na qual a atenção secundária deveria acolher as demandas levantadas pela rede de Atenção Primária à Saúde (APS), o que inviabiliza a intervenção necessária. O impacto na saúde será multiplicado a partir do momento em que as demandas levantadas puderem ser acolhidas pela rede de referência secundária.

A busca de vulnerabilidades no idoso é uma prática rápida e eficaz de triagem que pode detectar aqueles que necessitam de uma avaliação mais detalhada e global e deve ser estimulada e incorporada à prática clínica. O fortalecimento da saúde do idoso e o envelhecimento saudável estão na pauta da OMS como diretrizes para a política de saúde e devem ser reforçados na prática profissional. Um treinamento dos profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde é necessário, uma vez que esta prática não é habitual nos serviços.

5.6 REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde: Relatório mundial de envelhecimento e saúde, Genebra: WHO, 2015. [Acesso: 09/03/2016]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, caderno n. 19, Brasília: MS, 2006 (MS, Cadernos de Atenção Básica). [Acesso: 09/03/2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf

3. Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Comissão Permanente dos Protocolos de Atenção à Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso (Vigente de 05/03/2016 a 05/03/2018). [Acesso: 01/05/2016]. Disponível em:
http://www.saude.df.gov.br/images/Protocolos/Protocolos%20clinicos/5._PDF_Aten%C3%A7%C3%A3o_%C3%A0_Sa%C3%BAde_do_Idoso.pdf
4. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. [Internet]. Avaliação Geriátrica Ampla. Rio de Janeiro, 2012 [Acesso: 13/03/2016] Disponível para associados em:
<http://sbgg.org.br/publicacoes-cientificas/avaliacao-geriatrica-ampla/>
5. Chaimowicz F, Barcelos EM, Madureira MDS, Ribeiro MTF. Saúde do Idoso, 2 Ed, Belo Horizonte: NESCOM UFMG: 2013.
6. Rosa L, Zuccolotto MC, Bataglioni C, Coronatto EAS. Odontogeriatria – a saúde bucal na terceira idade. Rev. RFO [online], 2008. [Acesso em 13/03/2016]; 13(2) 82-6. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/download/599/392>
7. Cassal J. Influência das condições de saúde bucal do idoso no seu estado nutricional, [Dissertação] Porto Alegre: UFRGS; 2008. [Acesso em: 13/03/2016]. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15410/000678024.pdf?sequence=1>
8. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS, Bueno VRLC. Salud oral y déficit nutricional en adultos mayores no institucionalizados en Londrina, Paraná, Brasil. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2010. [Acesso em: 11/03/2016]; 13(3) 434-45. Disponível em:
http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1415-790X2010000300007&pid=S1415-790X2010000300007&pdf_path=rbepid/v13n3/pt_07.pdf&lang=pt
9. De Marchi RJ, Hugo, FN, Hilgert JB, Padilha DMP. Association between oral health status and nutritional status in south brazilian independent-living older people. Nutrition, [Internet]. 2008. [Acesso: 13/03/2016]. 24 :546–53. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Renato_Marchi/publication/5396527_Association_between_oral_health_status_and_nutritional_status_in_south_Brazilian_independent-living_older_people/links/54746a6e0cf2778985abdc5f.pdf

6. PRODUTO 3

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO SOBRE A HIGIENE DO SONO (APÊNDICE 1)

6.1 INTRODUÇÃO

O organismo humano apresenta diversas necessidades básicas para a sua manutenção e saúde. O seu funcionamento é biologicamente determinado para funções ativas durante o dia (alimentação, atividades físicas, higiene) e repouso durante a noite (sono), sendo influenciado pelos ciclos de luz e escuridão e o ciclo das estações. A repetição regular dos episódios de sono noturno caracteriza o que chamamos de “ciclo sono-vigília”. Apesar da relativa flexibilidade dos horários de dormir e acordar, o ser humano tende a manter os períodos de sono-vigília com durações em torno de 24 h. O sono é uma função fisiológica necessária e importante para a manutenção da vida. Na vigência do sono, ocorrem muitos processos fisiológicos que preservam a homeostase, inclusive a modulação do sistema imunológico e hormonal¹.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas e perdas funcionais que podem diminuir a qualidade de vida dos idosos. Com relação ao sono, este se torna mais superficial e fragmentado, com pior qualidade e eficiência. Outro fator importante é a sonolência diurna que acompanha a má qualidade do sono noturno. Estas ocorrências podem levar a uma demanda de medicações hipnóticas e indutoras do sono, com a ocorrência de efeitos adversos e os riscos que eles trazem².

O sono representa não somente uma necessidade de descanso, mas também, dentro do ritmo circadiano, é ocasião para que ocorram importantes funções do organismo. Há vários distúrbios do sono, porém o mais prevalente deles é a insônia. Podemos definir a insônia como a dificuldade de iniciar e manter o sono. Pode ser inicial (ao deitar), intermediária ou manutenção (despertar várias vezes durante a noite) ou final (despertar precoce)³.

Mais da metade dos idosos residentes em domicílio têm dificuldade para dormir. A falta de sono traz comprometimento da atenção, da capacidade de planejar e tomar decisões, da resposta imunológica, desempenho, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação^{3,4} e pode repercutir em aumento do risco de queda, comprometimento cognitivo, prejuízo da função respiratória e cardiovascular e aumento da mortalidade^{5,6}.

A qualidade do sono é afetada por diversos fatores³:

- Estado de humor – Depressão, ansiedade;
- Síndromes demenciais;
- Inatividade física;

- Dor crônica;
- Doenças:
 - ✓ Cardiovasculares e respiratórias (dor ou dispneia);
 - ✓ Aparelho urinário; uso de diuréticos ou DM – Diurese aumentada;
 - ✓ Reumatológicas – dor.
- Hipertireoidismo – efeito estimulante do hormônio tireoidiano;
- Medicamentos (beta bloqueadores, corticoides, descongestionantes nasais, hormônios tireoidianos, fenitoína, levodopa, teofilina);
- Causas ambientais (luminosidade, ruídos);
- Álcool e drogas estimulantes (caféina, nicotina).

Com relação ao uso de medicações, estes devem ser usados somente com orientação médica, pois com o passar dos anos ocorrem diversas mudanças fisiológicas no organismo, o que leva à necessidade do uso criterioso de medicamentos pela pessoa idosa³:

- Aumento da gordura e metabolismo de drogas lipossolúveis (Ex: diazepínicos);
- Função renal: Diminuição do *clearance* da creatinina;
- Maior sensibilidade do Sistema Nervoso Central (SNC) aos depressores – sonolência diurna com aumento do risco de quedas, efeitos colaterais importantes como os anticolinérgicos, obstipação e dependência psicológica.

A má qualidade de sono, em longo prazo, pode levar ao aumento da pressão arterial, ataques cardíacos, doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, obesidade, diabetes, epilepsia e encurtamento da expectativa de vida, depressão ou transtornos de humor (sentir-se cansado, de mau humor, irritável, incapaz de fazer suas atividades diárias normais). Outros problemas incluem uma interrupção na qualidade do sono de seu parceiro e uma má qualidade de vida geral³.

As medidas de higiene do sono podem promover uma melhoria na sua qualidade através de meios não farmacológicos⁴. Esta cartilha foi confeccionada com o objetivo de promover a educação em saúde, pela apresentação de medidas simples sobre a higiene do sono que podem influenciar positivamente na sua qualidade.

6.2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, analítico na UBS 01 do Itapoã, na Região Leste de Saúde do DF, com a coleta de dados realizada entre setembro de 2016 e julho de 2017. Foram avaliados 59 idosos, com anamnese e aplicação de questionários. Para a avaliação do

sono, foi aplicado o questionário do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI, do inglês, *Pittsburgh Sleep Quality Index*), que já foi validado para uso no Brasil⁷.

A análise dos resultados evidenciou uma alta prevalência da má qualidade do sono. Havia problemas no sono, com “dificuldade moderada em 2 ou mais componentes” ou “dificuldade grave em pelo menos 1 componente” em 55,9% dos indivíduos analisados, com prevalência no sexo feminino. Ao serem correlacionados os testes, foi evidenciada uma fraca correlação com o risco aumentado de quedas, com $p = 0,02$ e Coeficiente de Relação de Spearman de 0,234.

Diante do impacto da privação de sono e das quedas na morbimortalidade da população idosa, a prevenção desses agravos se faz necessária⁸. Resolveu-se pela educação em saúde utilizando-se como instrumento uma cartilha sobre a higiene do sono.

O objetivo desse instrumento é facilitar a transmissão das informações e a posterior consulta do material no domicílio, complementando o atendimento. Já se sabe que o uso de uma cartilha para a educação em saúde é eficaz porque pode ser consultada posteriormente, para que sejam retiradas possíveis dúvidas, pois o paciente e o familiar podem repetir a leitura e também porque pode servir como guia de orientações e cuidados^{9,10,11}.

A confecção de uma cartilha deve seguir as recomendações para concepção e eficácia de materiais educativos¹², buscando a adequação de conteúdo, linguagem, organização, *layout*, ilustração, aprendizagem e motivação e deve cumprir as seguintes etapas¹³:

1. Levantamento das necessidades;
2. Escolha do conteúdo, com base nas orientações presentes nos materiais que já estão disponíveis na literatura;
3. Criação das ilustrações;
4. Preparação do conteúdo;
5. Validação do material por peritos e usuários;
6. Aplicação com os usuários.

No presente trabalho, foram cumpridas as quatro primeiras etapas, fazendo-se necessária a continuação para avaliação por peritos e usuários e posterior validação para uso na comunidade.

Buscando seguir as recomendações, foi realizada uma pesquisa na internet sobre as principais orientações a serem passadas^{4,14,15,16,17}. O conteúdo foi adequado ao nível de escolaridade da população, sendo confeccionada de forma simples e com imagens. As imagens têm elaboração própria. Esta formatação foi escolhida para promover a acessibilidade daqueles que têm baixo grau de escolaridade e analfabetos, pois há uma alta prevalência na

população alvo. Dos 59 idosos avaliados, 22 são analfabetos e 35 têm nível fundamental de instrução educacional, totalizando 86,1% dos participantes no estudo. Os materiais escritos somente têm a capacidade de promover resultados expressivos quando puderem ser lidos, compreendidos e lembrados pelos pacientes^{12,18}.

6.3 CONCLUSÃO

Com o passar dos anos, muitos processos fisiológicos se alteram. O sono, nos idosos, torna-se mais leve e menos eficaz. Essas alterações levam a uma alta prevalência de má qualidade do sono nos idosos, principalmente no sexo feminino. Essa condição, quando se torna crônica, pode aumentar a morbidade e até mesmo a mortalidade nessa população.

O trabalho de higiene do sono pode levar a uma grande melhoria na qualidade do sono e isso pode impactar positivamente na qualidade de vida. Nesta pesquisa foi evidenciada a necessidade de se trabalhar esse aspecto com a população estudada. A higiene do sono pode ser trabalhada por meio de educação em saúde. Um bom instrumento para isso é uma Cartilha de Orientação Sobre a Higiene do Sono, pois é um instrumento fácil de ser utilizado e consultado.

A cartilha foi desenvolvida com base recomendações para concepção e eficácia de materiais educativos, buscando a adequação de conteúdo, linguagem, organização, *layout*, ilustração, aprendizagem e motivação. É destinada aos idosos, cuidadores e familiares como fonte de informação e posterior consulta do material no domicílio, complementando o atendimento.

Esperamos que o uso desse material possa ser útil à comunidade e impactar positivamente na saúde da população idosa da UBS e em outras unidades do Distrito Federal que apresentem as mesmas necessidades.

6.4 REFERÊNCIAS

1. Martinez D, Lenz MCS, Menna-Barreto L. Diagnóstico dos transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano. J. bras. pneumol. [Internet]. 2008 Mar [Acesso: 13/01/2018]; 34(3):173-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000300008
2. Monteiro NT; Ceolim MF. Qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2014 Jun [Acesso: 08/02/2018]; 23(2): 356-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000200356&lng=en.

3. Júnior RF. Distúrbios do Sono em Idosos [Apresentação de Slides]. 2013. Slideshare. [Acesso 13/01/2018]. Disponível em:
<https://pt.slideshare.net/rubens/disturbios-do-sono-em-idosos>

4. Moreira AMS. Efeitos de um programa de treino cognitivo e das técnicas de higiene do sono para as funções executivas e para a qualidade de sono em idosos saudáveis [Dissertação] Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015. [Acesso: 12/03/2018]. Disponível em:
https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20700/1/AnaMariaSouzaMoreira_DISSERT.pdf

5. Clares JWB, Freitas MC, Galiza FT, Almeida PC. Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. Acta paul. enferm. [Internet]. 2012 [Acesso: 13/01/2018]; 25: 54-9. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800009&lng=en.

6. dos Santos AA, Mansano-Schlosser TCS, Ceolim MF, Pavarini, SCI. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2013 Jun. [Acesso: 13/01/2018]; 66(3): 351-7 Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028667008>

7. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, de Barba ME, et al. Validation of the brazilian portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. [Adaptação] Sleep Med. [Internet]; 2011 [Acesso: 29/07/2016]. 201;12(1):70-5 Disponível em:
[http://www.sleep-journal.com/article/S1389-9457\(10\)00380-1/fulltext](http://www.sleep-journal.com/article/S1389-9457(10)00380-1/fulltext)

8. Pereira AA, Ceolim MF, Neri AL. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 Mar [Acesso em: 13/01/2018]; 29(3): 535-46. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000300011&lng=en.

9. Castro ANP; Lima Júnior EM. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. Rev Bras Queimaduras. 2014 [Internet]; 13(2):103 [Acesso: 15/10/2017]. Disponível em:
<http://rbqueimaduras.org.br/details/202/pt-BR/desenvolvimento-e-validacao-de-cartilha-para-pacientes-vitimas-de-queimaduras>

10. Fracolli LA, Chiesa AM. A percepção das famílias sobre a cartilha “toda hora é hora de cuidar”. O Mundo da Saúde: [Internet] 2010 [Acesso: 15/10/2017]; 34(1):36-42. Disponível em:
https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/04_original_Percepcao.pdf

11. Oliveira, SC. Lopes MVO, Fernandes AFC. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 [Acesso: 15/10/2017]; 22(4):611- Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00611.pdf
12. Reberte LM, Luiza AKH, Gomes, ALZ. "O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet] 2012. [Acesso: 07/03/2018]; 20(1):101-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14
13. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Written communication: contribution for the elaboration of educational material in health. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2003. [Acesso: 07/03/2018]; 56(2) 184-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a15v56n2.pdf>
14. Cardoso HSM. Contribuições do enfermeiro frente às intervenções no quadro de insônia em idosos: revisão bibliográfica de 2006-2016. [Monografia]. Porto Velho: Centro Universitário São Lucas. 2017. Acesso em: 12/03/2018. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2058/Helen%20do%20Socorro%20Marinho%20Cardoso%20-%20Contribui%C3%A7%C3%B5es%20do%20enfermeiro%20frente%20%C3%A0s%20interven%C3%A7%C3%B5es%20no%20quadro%20de%20ins%C3%B4nia%20em%20idosos%20-%20revis%C3%A3o%20bibliogr%C3%A1fica%20de%202006-2016.pdf?sequence=1>
15. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE-PUCRS). Passos Para a Higiene do Sono. [Adaptação]. [Internet]. Acesso em: 12/03/2018. Disponível em: www.ufsm.br/docsie/acolhimento/Higiene_do_sono.pdf
16. Azevedo, T. Psicoativo.com. Higiene do sono: 8 dicas para dormir melhor. [Internet]. Curso de Psicologia da UFSJ (Universidade Federal de São João del-Rei) [19/06/2016; Acesso: 12/03/2018]. Disponível em: <http://psicoativo.com/2016/06/higiene-do-sono-dicas-para-dormir-melhor.html>
17. Nunes, ML. Distúrbios do sono. *Jornal de Pediatria*, [Internet] 2002. [Acesso: 12/03/2018]; 78(1)63-72. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/02-78-S63/port.pdf>
18. Hoffmann T, Warrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disabil Rehabil*. [Internet]. 2004. [Acesso: 07/03/2018]; 26(9):1166-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371031>

7. PRODUTO 4

CARTILHA DE ORIENTAÇÃO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM DOMICÍLIO (APÊNDICE 2)

7.1 INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento ocorrem alterações fisiológicas e perdas funcionais que podem diminuir a qualidade de vida dos idosos. Com relação às quedas, são altamente prevalentes e têm grande impacto na saúde dessa população^{1,2}. Segundo o Ministério de Saúde, as internações de idosos por quedas vêm aumentando ano a ano. As chances de queda são que de 1 em cada 3 idosos caiam ao menos uma vez por ano e desses, que 2/3 caiam novamente no período de seis meses após a primeira queda¹.

O risco aumenta com o avançar da idade^{2,3}, passando de 33% aos 65 anos para 50% aos 80 ou mais, sendo, muitas vezes, recorrente. Entre aqueles que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após um ano⁴. Outros fatores de risco para quedas incluem⁵ fatores psico-cognitivos (declínio cognitivo; depressão; ansiedade); presença de doenças crônicas (acidente vascular cerebral prévio; hipotensão postural; síncope; dor intensa; insônia; incontinência ou urgência miccional; incontinência ou urgência para evacuação; dores); funcionalidade (dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária; necessidade de dispositivo de auxílio à marcha; fraqueza); comprometimento sensorial (visão; audição; ou tato); equilíbrio corporal, história prévia de quedas e uso de medicamentos (benzodiazepínicos; antiarrítmicos; anti-histamínicos; antipsicóticos; antidepressivos; digoxina; diuréticos; laxativos; relaxantes musculares; vasodilatadores; hipoglicemiantes orais; insulina; e polifarmácia).

As quedas acabam por comprometer significativamente a qualidade de vida do idoso, pois ele pode restringir cada vez mais seus deslocamentos². O temor de novas quedas também é muito nocivo e ocorre em 30 a 73% dos que caíram. A perda de confiança na capacidade de deambular com segurança pode resultar em piora do declínio funcional, depressão, baixa autoestima e isolamento social. Após a queda, o idoso pode restringir sua atividade pelo medo de nova queda, pelo sofrimento físico ou pela própria incapacidade funcional¹.

Diante da possibilidade de tantos prejuízos físicos, psicológicos, sociais e econômicos, percebemos a importância da prevenção e de programas específicos de intervenção que têm o potencial de melhorar a saúde da população idosa como um todo, bem como a qualidade de vida, pois a prevenção pode diminuir a prevalência dos eventos de queda e as suas consequências¹.

Na avaliação dos idosos, é sabido que o ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação da pessoa idosa⁴. Apesar de saber que o comportamento aumenta a chance de cair, poucos tiveram atenção e cuidado com o ambiente dentro de casa⁶. A educação é um dos meios existentes para enfrentar os desafios existentes e pode propiciar aos idosos conhecimentos e oportunidades para buscar seu bem-estar físico e emocional⁶. Os médicos e profissionais de saúde devem utilizá-la com aqueles pacientes elegíveis para a prevenção de quedas, ou seja, aqueles idosos que caíram ou que apresentem fatores de risco para queda³.

Há grande vulnerabilidade na população idosa com o risco aumentado de quedas. É muito importante a diminuição desse agravo e a educação em saúde pode ter grande impacto na sua prevenção. Esta cartilha foi confeccionada com o objetivo de promover a educação em saúde e se explicitarem os fatores de risco aos quais os idosos estão sujeitos no domicílio e, ao mesmo tempo, sugerir algumas medidas simples de proteção e prevenção do risco de queda nesse ambiente.

7.2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, analítico na UBS 01 do Itapoã, na Região Leste de Saúde do DF, com a coleta de dados realizada entre setembro de 2016 e julho de 2017. Um total de 59 idosos foram avaliados por meio de entrevista, aplicação de roteiro semiestruturado e realização de exame físico, que incluía o teste *Timed Up and Go*.

O teste TUG evidencia baixo risco de quedas quando a pessoa o realiza em um tempo de até 12,5 segundos; risco moderado com TUG entre 12,2 e 20 segundos e alto risco quando TUG acima de 20 segundos. A análise dos resultados evidenciou risco aumentado de quedas. O total com baixo risco foi de 35,5% do total; risco moderado, 44,06% e alto risco de quedas, 20,33%. Ao serem correlacionados os testes TUG e depressão, foi evidenciada uma fraca correlação com o risco aumentado de quedas, com $p = 0,02$ e Coeficiente de Relação de Spearman de 0,234.

Diante do impacto das quedas na morbimortalidade da população idosa, a prevenção desses agravos se faz necessária^{4,5,6}. Para o trabalho de educação em saúde com essa população se optou pela confecção de uma cartilha sobre a prevenção de quedas em domicílio.

O objetivo desse instrumento é facilitar a transmissão das informações e a posterior consulta do material no domicílio, complementando o atendimento. Já se sabe que o uso de uma cartilha para a educação em saúde é eficaz porque pode ser consultada posteriormente,

para que sejam retiradas possíveis dúvidas, pois o paciente e o familiar podem repetir a leitura e também porque pode servir como guia de orientações e cuidados^{7,8,9}.

A confecção de uma cartilha deve seguir as recomendações para concepção e eficácia de materiais educativos¹⁰, buscando a adequação de conteúdo, linguagem, organização, *layout*, ilustração, aprendizagem e motivação e deve cumprir as seguintes etapas¹¹:

1. Levantamento das necessidades;
2. Escolha do conteúdo, com base nas orientações presentes nos materiais que já estão disponíveis na literatura;
3. Criação das ilustrações;
4. Preparação do conteúdo;
5. Validação do material por peritos e usuários;
6. Aplicação com os usuários.

No presente trabalho, foram cumpridas as quatro primeiras etapas, fazendo-se necessária a continuação para avaliação por peritos e usuários e validação para uso na comunidade.

Buscando seguir as recomendações, foi realizada uma pesquisa na internet sobre as principais orientações a serem passadas^{12,15,16,17,18}. O conteúdo foi adequado ao nível de escolaridade da população, sendo confeccionada de forma simples e com imagens. As imagens têm elaboração própria. Esta formatação foi escolhida para promover a acessibilidade daqueles que têm baixo grau de escolaridade e analfabetos, pois há uma alta prevalência na população alvo. Dos 59 idosos avaliados, 22 são analfabetos e 35 têm nível fundamental de instrução educacional, totalizando 86,1% dos participantes no estudo. Os materiais escritos somente têm a capacidade de promover resultados expressivos quando puderem ser lidos, compreendidos e lembrados pelos pacientes^{11,13}.

7.3 CONCLUSÃO

Com o passar dos anos, muitos processos fisiológicos se alteram. O risco de quedas aumenta com a idade e tem se tornado um agravo cada vez mais prevalente entre a população idosa, com grande impacto na morbimortalidade dessa população.

A prevenção de quedas pode ser trabalhada por meio de educação em saúde. O trabalho de prevenção pode influenciar positivamente na diminuição do risco de quedas e trazer maior qualidade de vida aos idosos. Nesta pesquisa foi evidenciada a necessidade de se trabalhar esse aspecto com a população estudada. Um bom instrumento para isso é uma

Cartilha de Orientação sobre Prevenção de Quedas em Domicílio, pois é um instrumento fácil de ser utilizado e consultado.

A cartilha foi desenvolvida com base recomendações para concepção e eficácia de materiais educativos, buscando a adequação de conteúdo, linguagem, organização, *layout*, ilustração, aprendizagem e motivação. É destinada aos idosos, cuidadores e familiares como fonte de informação e posterior consulta do material no domicílio, complementando atendimento.

Esperamos que o uso desse material possa ser útil à comunidade e impactar positivamente na saúde da população idosa da UBS e em outras unidades do Distrito Federal que apresentem as mesmas necessidades.

7.4 REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH, organizadores. Quedas em Idosos: Prevenção. [Internet]. (Projeto Diretrizes): Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, 2008. [Acesso: 09/09/2017]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>
2. Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra AMV. Falls: concepts, frequency and applications to the elderly assistance. Review of the literature. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [Internet] 2014 [Acesso: 10/10/2017]; 17(4):897-910. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400897&script=sci_abstract&tlng=pt
3. Isoldi DMR, Simpson CA, Costa JE. Fatores que predispõem às quedas em idosos: revisão sistemática. [Internet] 'In': Anais do IV Congresso Internacional De Envelhecimento Humano. Realize eventos científicos e editora. Campina Grande, 24 a 26/09/2015 [Acesso: 10/10/2017]. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA4_ID958_03072015171246.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, caderno n. 19, Brasília: MS, 2006 (MS, Cadernos de Atenção Básica). [Acesso: 09/03/2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
5. Brasil, Ministério da Saúde; Anvisa; Fiocruz: Protocolo prevenção de quedas, Brasília: MS, 2013. (Programa Nacional de Segurança do Paciente) [Acesso: 13/03/2018]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/prevencao-de-quedas>
6. Carvalho CMRG, Fonseca CCC, Pedrosa JI. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. Cadernos de saúde pública. [Internet]

2004. [Acesso: 13/03/2018]; 20, 719-26. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000300008&script=sci_arttext&tlng=
7. Castro ANP; Lima Júnior EM. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras*. 2014 [Internet]; 13(2):103 [Acesso: 15/10/2017]. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/202/pt-BR/desenvolvimento-e-validacao-de-cartilha-para-pacientes-vitimas-de-queimaduras>
 8. Fracolli LA, Chiesa AM. A percepção das famílias sobre a cartilha “toda hora é hora de cuidar”. *O Mundo da Saúde*: [Internet] 2010 [Acesso: 15/10/2017]; 34(1):36-42. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/04_original_Percepcao.pdf
 9. Oliveira, SC. Lopes MVO, Fernandes AFC. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 [Acesso: 15/10/2017]; 22(4):611- Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00611.pdf
 10. Reberte LM, Luiza AKH, Gomes, ALZ. "O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet] 2012. [Acesso: 07/03/2018]; 20(1):101-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14
 11. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Written communication: contribution for the elaboration of educational material in health. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2003. [Acesso: 07/03/2018]; 56(2) 184-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a15v56n2.pdf>
 12. Cardoso HSM. Contribuições do enfermeiro frente às intervenções no quadro de insônia em idosos: revisão bibliográfica de 2006-2016. [Monografia]. Porto Velho: Centro Universitário São Lucas. 2017. Acesso em: 12/03/2018. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2058/Helen%20do%20Socorro%20Marinho%20Cardoso%20-%20Contribui%C3%A7%C3%B5es%20do%20enfermeiro%20frente%20%C3%A0s%20interven%C3%A7%C3%B5es%20no%20quadro%20de%20ins%C3%B4nia%20em%20idosos%20-%20revis%C3%A3o%20bibliogr%C3%A1fica%20de%202006-2016.pdf?sequence=1>
 13. Hoffmann T, Warrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disabil Rehabil*. [Internet]. 2004. [Acesso: 07/03/2018]; 26(9):1166-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371031>

8. CONCLUSÃO DO TRABALHO FINAL

Os dados coletados não subsidiaram a hipótese inicial do trabalho, a qual consistia na associação entre o risco nutricional e funcional nos idosos assistidos pela UBS 01, Itapoã. No entanto, foi evidenciada uma prevalência significativa, principalmente no sexo feminino, de má qualidade do sono e a associação desta condição com depressão e risco de quedas aumentado.

Na condução do caso selecionado para relato, ficou evidente a necessidade de ser estabelecido um fluxo de referência para odontologia na Região Leste de Saúde e a necessidade da construção das RAS a partir da ordenação da APS. Foi confirmado o impacto que a saúde bucal tem no estado nutricional e na saúde geral do idoso.

Uma vez que a má qualidade do sono interfere negativamente na qualidade de vida e leva a um maior risco de quedas, se mostrou extremamente importante uma intervenção nesse sentido. A confecção de uma cartilha de orientação subsidiará um trabalho com essa população, visando uma melhor qualidade do sono e como consequência, da qualidade de vida.

Esperamos que esse material possa atingir os objetivos propostos, que seja amplamente utilizada pelas equipes de Saúde da Família da UBS 01 do Itapoã e em outras unidades da SES-DF que apresentem necessidades semelhantes. Esperamos que os idosos possam ser beneficiados e que a qualidade de vida se modifique para melhor, que o sono seja reparador e haja menos quedas.

Sugerimos que novos estudos sejam realizados para corroborar os dados encontrados e também para verificar a existência de outros riscos nessa população. Uma vez que a educação em saúde é um processo que gera resultados a médio e longo prazo, podem ser realizados outros estudos para verificação do impacto dessa intervenção na população alvo.

9. REFERÊNCIAS DO TRABALHO FINAL

1. Brasil. Ministério da Saúde: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, caderno n. 19, Brasília: MS, 2006 (MS, Cadernos de Atenção Básica). [Acesso em 09/03/2016]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf
2. Brasília, Lei nº 3.822 de 08 de fevereiro de 2006, Política Distrital do Idoso, DODF 13/02/2006, sessão 1. [Acesso em: 01/05/2016]. Disponível em:
http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2006/02_Fevereiro/DODF%20032%2013-02-2006/Se%C3%A7%C3%A3o1-%20032.pdf
3. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS; Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010 Dec; [Acesso: 01/05/2016]. 14(4): 803-10. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400021&script=sci_abstract&lng=pt.
4. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Rev. Latino-Am. [Internet] Enfermagem [Internet]. Set-Out 2011 [Acesso em: 30/05/2016] 19(5):1230-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en.
5. Castro ANP; Lima Júnior EM. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. Rev Bras Queimaduras. 2014 [Internet]; 13(2):103 [Acesso: 15/10/2017]. Disponível em:
<http://rbqueimaduras.org.br/details/202/pt-BR/desenvolvimento-e-validacao-de-cartilha-para-pacientes-vitimas-de-queimaduras>
6. Fracolli LA, Chiesa AM. A percepção das famílias sobre a cartilha “toda hora é hora de cuidar”. O Mundo da Saúde: [Internet] 2010 [Acesso: 15/10/2017]; 34(1):36-42. Disponível em:
https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/04_original_Percepcao.pdf
7. Oliveira, SC. Lopes MVO, Fernandes AFC. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014 [Acesso: 15/10/2017]; 22(4):611- Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00611.pdf

APÊNDICES

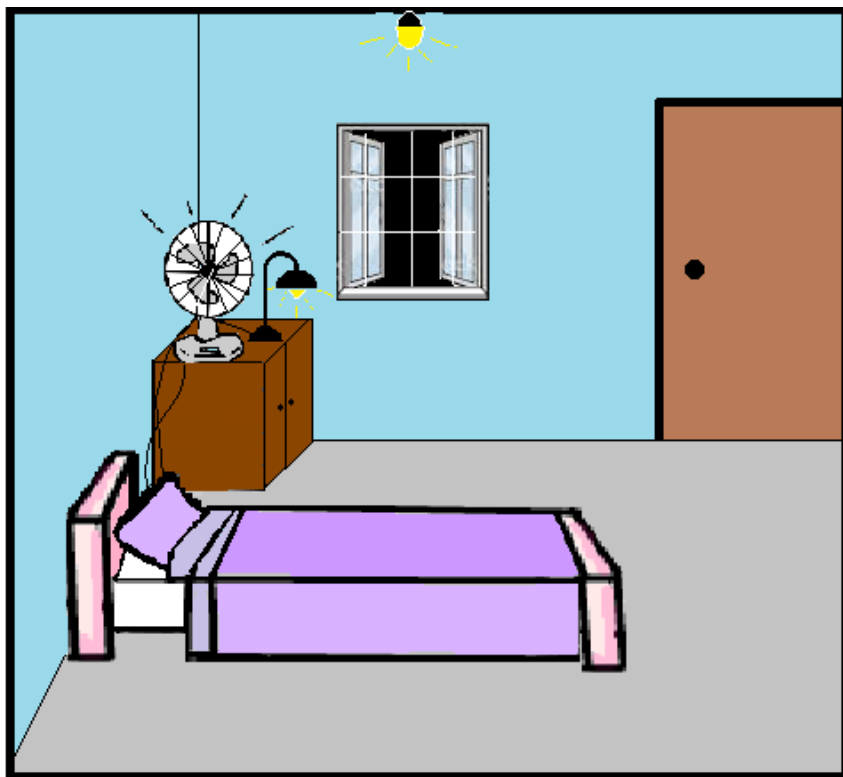
Apêndice 1

Cartilha de Orientação sobre a Higiene do Sono

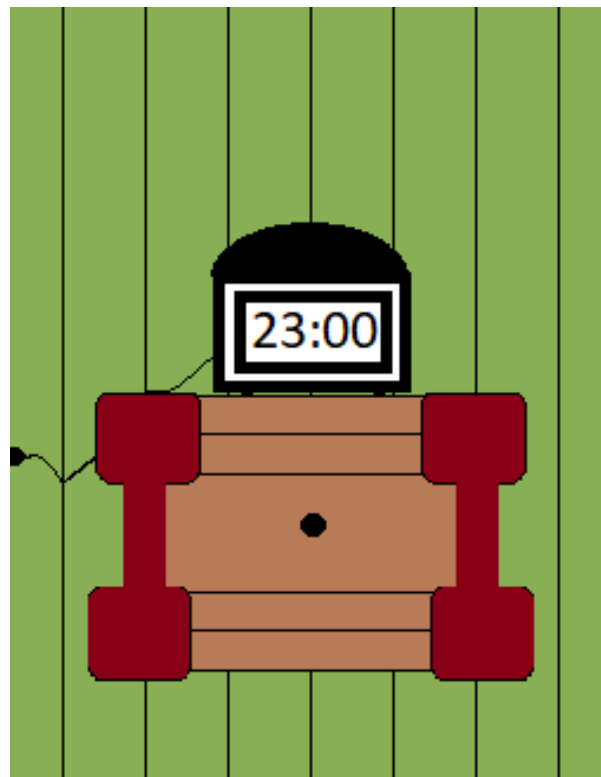


**UBS 01 Del Lago - Itapoã - SES/DF
Brasília, 2018**

Manter o ambiente limpo e arejado.



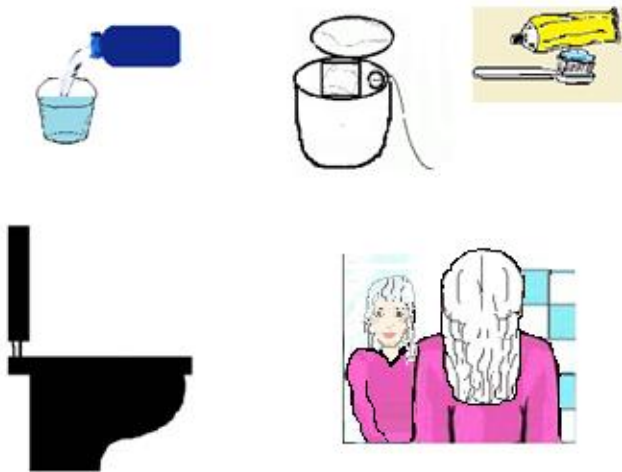
Estabelecer hora para deitar (antes das 23h).



Quarto silencioso, escuro, com boa temperatura (se preciso, usar tapa olhos e tapa ouvidos).



Estabelecer “rituais” e usar roupas confortáveis.



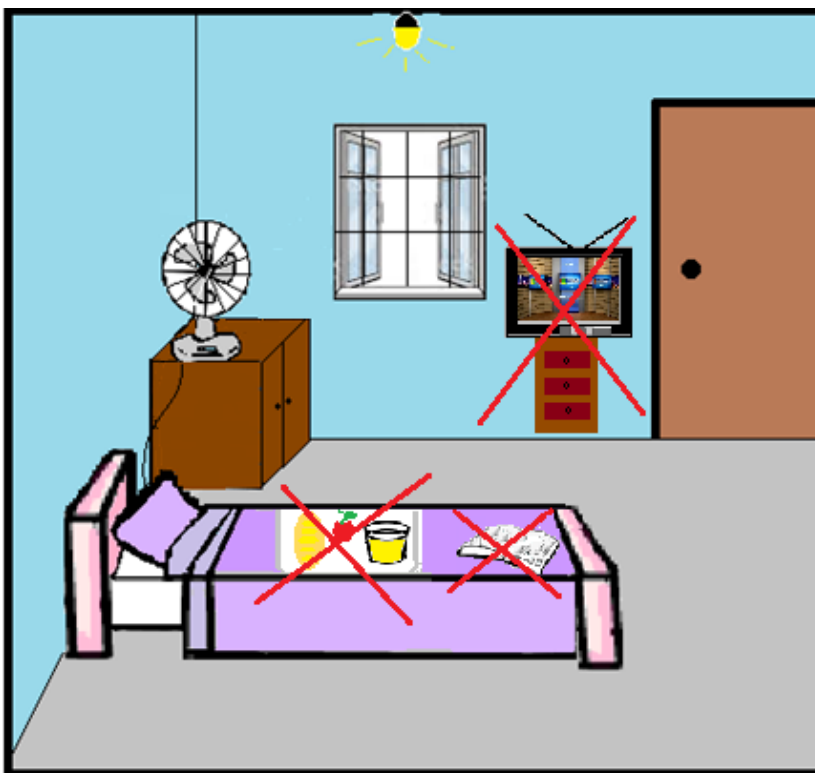
Evitar cigarro, álcool ou bebidas estimulantes (chá preto, mate, guaraná, café, colas).



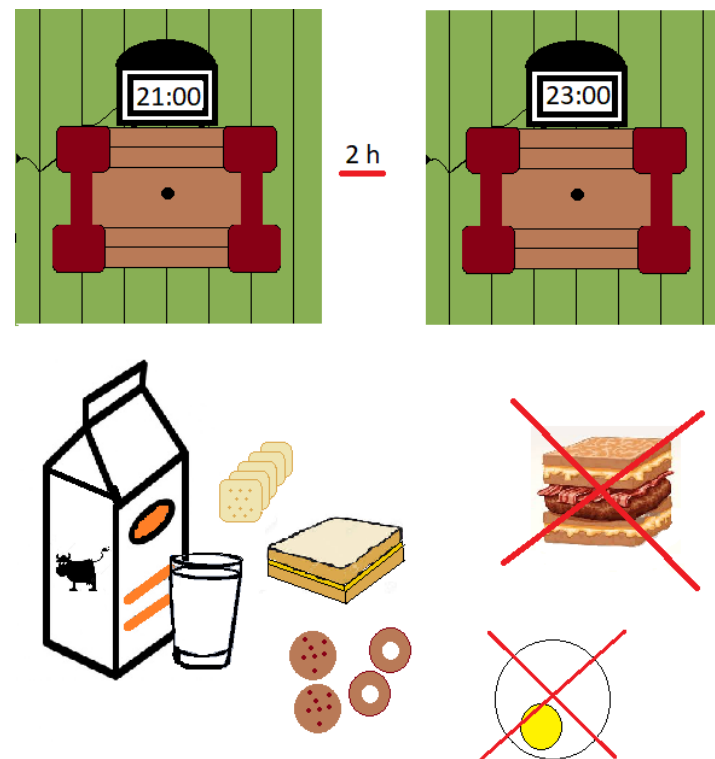
Não usar telas (filmes, jogos, redes sociais) ou leitura.



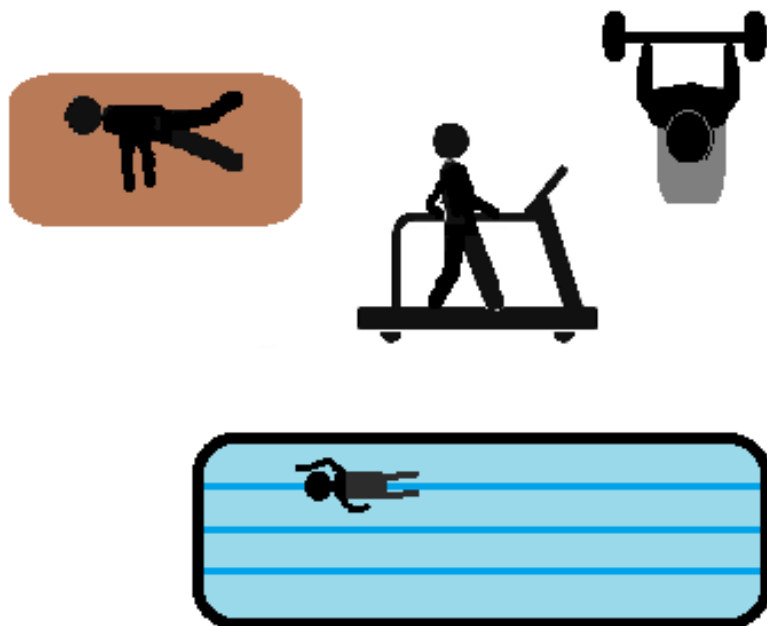
Não ler, comer ou assistir TV na cama (utilizar a cama somente para dormir).



Jantar cedo (2h antes de deitar). Lanche leve (leite morno, carboidratos).



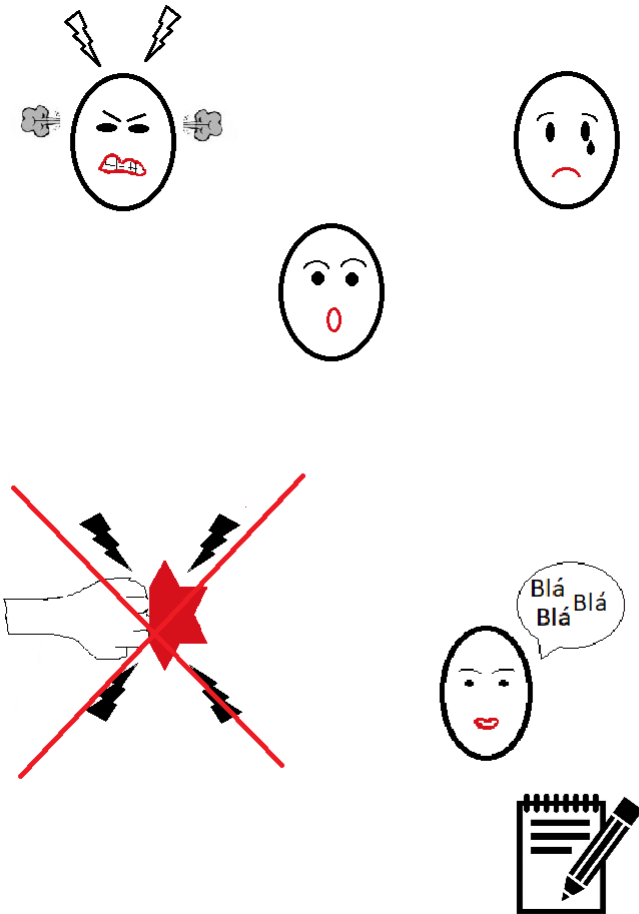
Praticar exercícios físicos durante o dia.



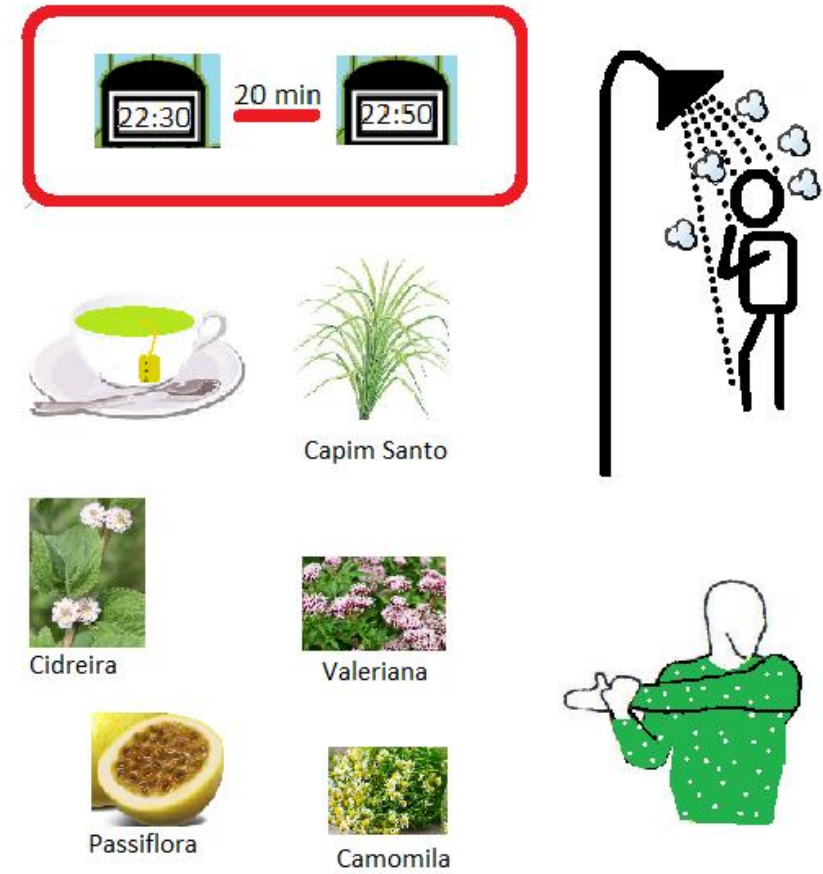
Relaxamento (yoga, meditação), música suave,
alongamento à noite.



Se estiver muito preocupado, anote ou fale sobre isso e programe uma conversa para o dia seguinte.



Se não conseguir dormir em até 20 min, levantar, tentar relaxar, tomar banho morno, chá relaxante.



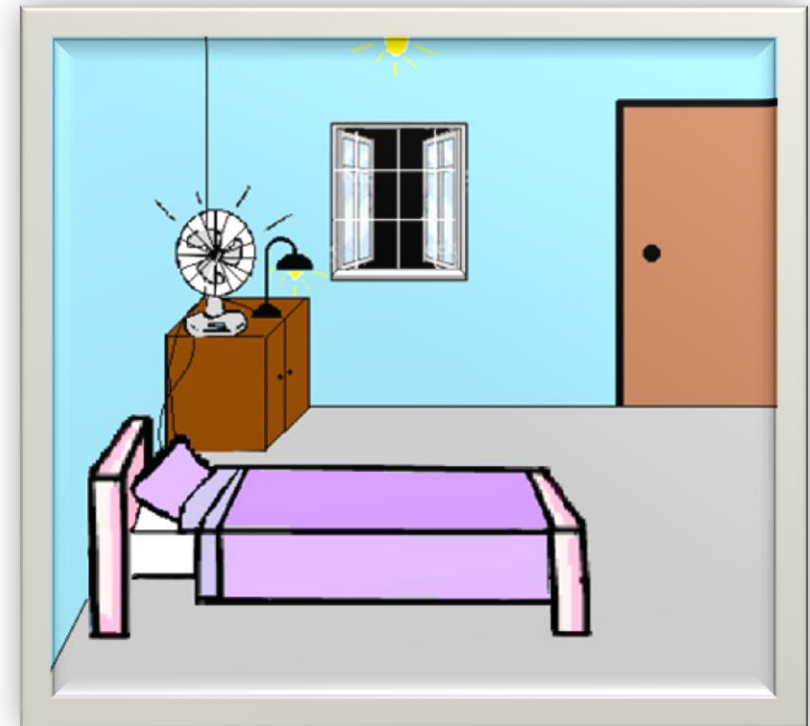


Produção:
Mestranda: Pedrita da Cunha S. P. Montenegro
Orientador: Maria Rita C. Garbi Novaes
Mestrado Profissional de Ciências para a Saúde
Escola Superior em Ciências da Saúde
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal



Apêndice 2

Cartilha de Orientação aos Idosos Sobre a Prevenção de Quedas em Domicílio



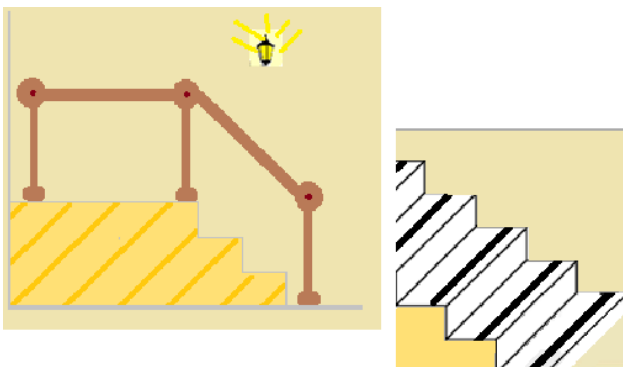
**UBS 01 Del Lago - Itapoã - SES/DF
Brasília, 2018**

Escadas

Devem ter corrimão para apoio.

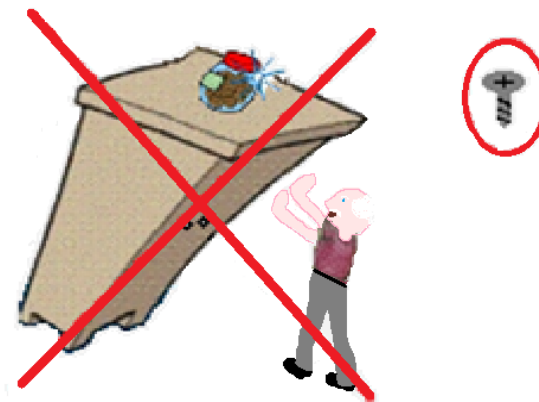


Devem ter sinalização para diferenciação dos níveis e fita antiderrapante na beirada de cada degrau.

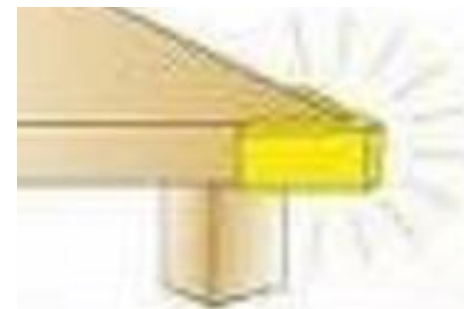


Móveis

Os móveis, estantes ou prateleiras devem ser fixos à parede para não tombarem se alguém se apoiar neles.

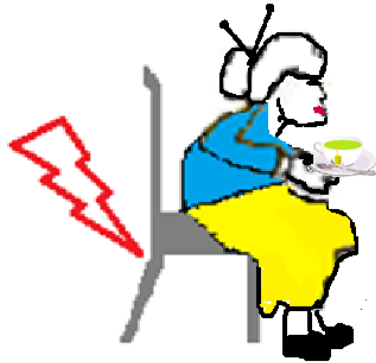


Evite móveis de vidro ou com tampos soltos e proteja os cantos pontudos.



Móveis

Sempre verificar a segurança dos móveis e utensílios.



A cama e cadeiras devem ser mais altas, para facilitar que se sentem e se levantem.



Piso

Não encere os pisos, não ande sobre superfícies úmidas e aguarde o chão secar, depois de lavar.



Usar calçado antiderrapante.

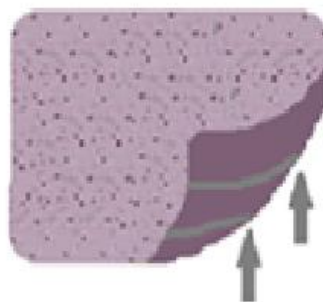


Piso

Não deixar objetos e brinquedos espalhados.

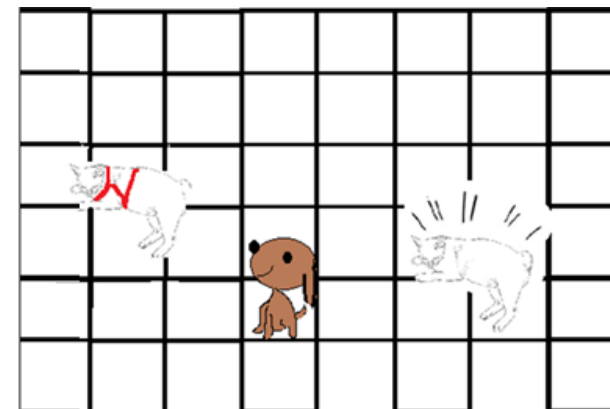


Tapetes – Não deixar os tapetes soltos.
Colocar antiderrapante em baixo.



Piso

Animais de estimação devem ter a coloração diferente do piso, para dar contraste. Se não for possível, colocar coleira colorida ou roupinhas que se destaquem.

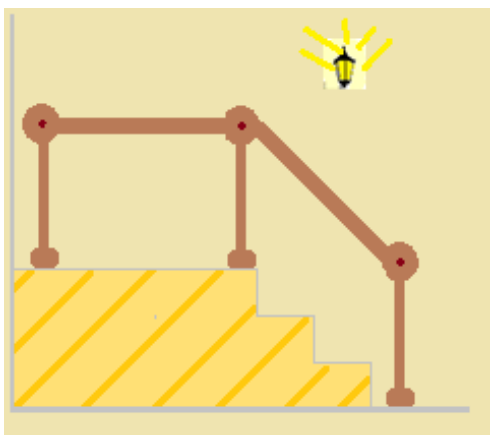


Os fios devem estar rentes à parede e não cruzar o ambiente.

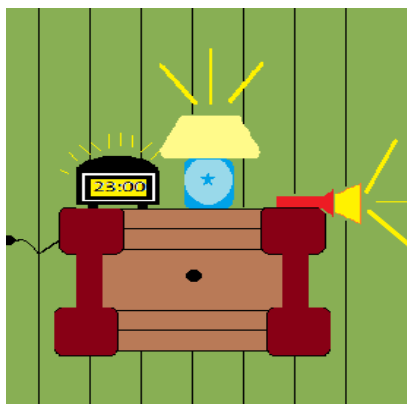


Iluminação

Iluminação adequada em banheiros, escadas e garagem.

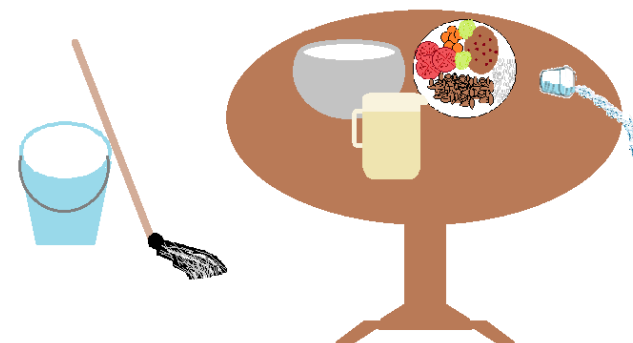


Deixar uma lanterna ou abajur para o caso de precisarem se levantar à noite.



Cozinha

Mantenha o chão limpo de migalhas, cascas de frutas, arroz ou outras substâncias. Limpe imediatamente o chão quando derramar líquidos.



Deixar medicamentos e objetos em local acessível para não precisar subir em escadas ou cadeiras para alcançar. Se precisar subir para alcançar, use escadas com apoio.



Banheiro

Chuveiro - barra de segurança no boxe e tapete antiderrapante. Pode ter um banquinho para ajudar.

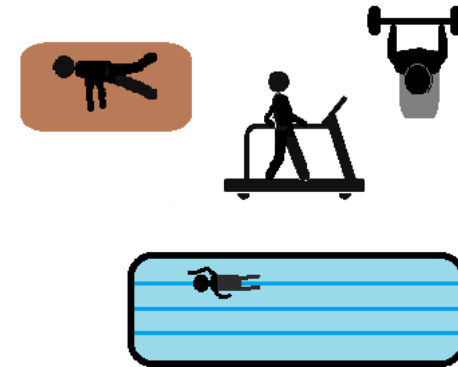


Vaso sanitário elevado, para facilitar o movimento de sentar e levantar.

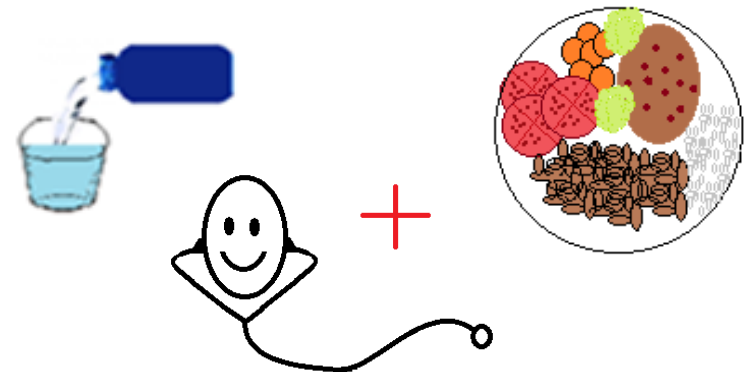


Prevenção

Praticar atividade física / Exercícios.



Alimentação equilibrada, água / Manter as consultas em dia.





Produção:

Mestranda: Pedrita da Cunha S. P. Montenegro

Orientador: Maria Rita C. Garbi Novaes

Mestrado Profissional de Ciências para a Saúde

Escola Superior em Ciências da Saúde

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal



Apêndice 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: **Perfil Epidemiológico, Risco Funcional e Nutricional em idosos do Centro de Saúde da Família do Del Lago 2 (CSPa 02), Itapoã-DF**, realizado pela médica pesquisadora Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro com orientação da Dr^a Maria Rita Garbi Novaes para o Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS (Escola Superior em Ciências para a Saúde/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências para a Saúde).

O nosso objetivo é fazer o diagnóstico dos riscos dos idosos cadastrados no CSPa 02 e, a partir disso, propor medidas de intervenção para a sua diminuição.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr(a) Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro, no Centro de Saúde telefone 3489-7006, no horário de 8h às 12h ou 14h às 18h.

A sua participação será voluntária e se dará através de uma avaliação que o (a) Senhor (a) deverá responder na sua equipe de referência, na data combinada, com um tempo estimado de 20 minutos para seu preenchimento. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Centro de Saúde da Família do Del Lago 2 podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF estando em concordância com a resolução 466/2012. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro
Pesquisadora responsável

Brasília, ____ de _____ de 20 ____

Apêndice 4

Questionário de identificação do idoso

Data: ____/____/____

Nome:

Endereço:

Telefones:

Equipe de referência:

Estado Civil:

Profissão/Ocupação:

Aposentado: () Sim () Não

Renda pessoal:

Renda Familiar:

Cor: Sexo: () Masculino () Feminino

Grau de instrução:

Nº anos estudados:

Data de Nasc.:____/____/____

Idade:

Religião:

Possui alguma doença diagnosticada: () sim () não

Qual(is):_____

Ficou internado (a) nos últimos 12 meses: () sim () não

Motivo: _____

Número de pessoas no domicílio:

Número de cômodos:

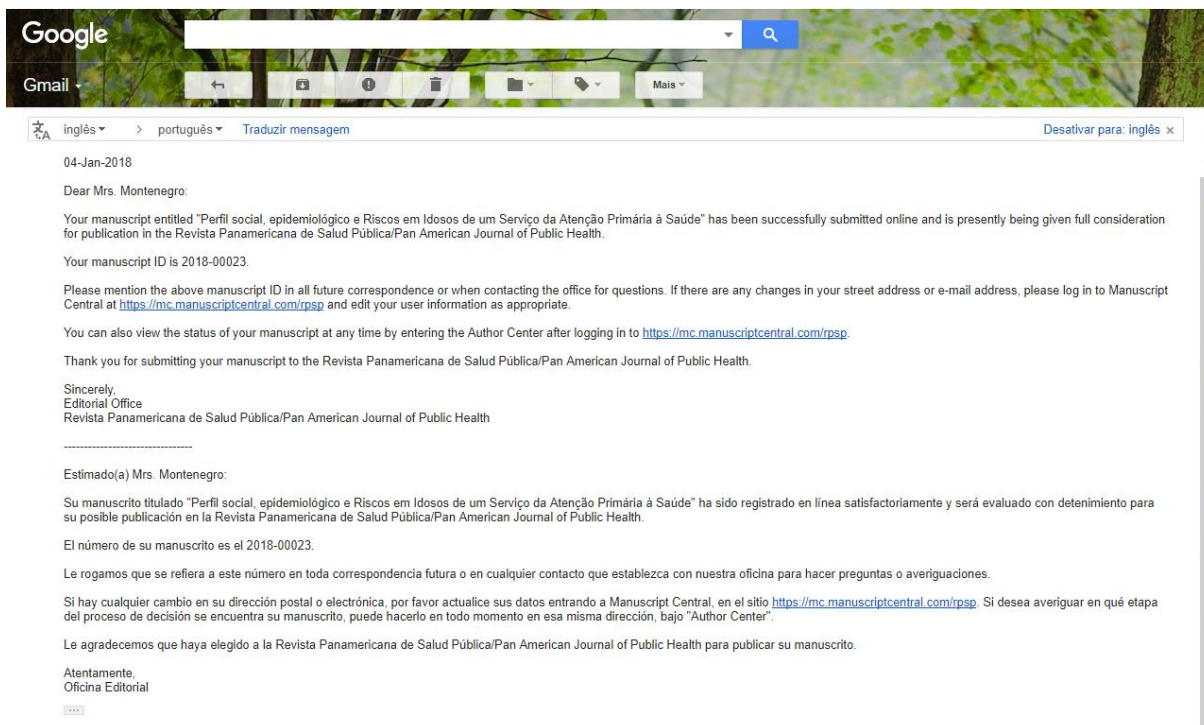
Medicações em uso pelo idoso:

Nome	Dosagem	Frequência	Custo (comprado ou não)

ANEXOS

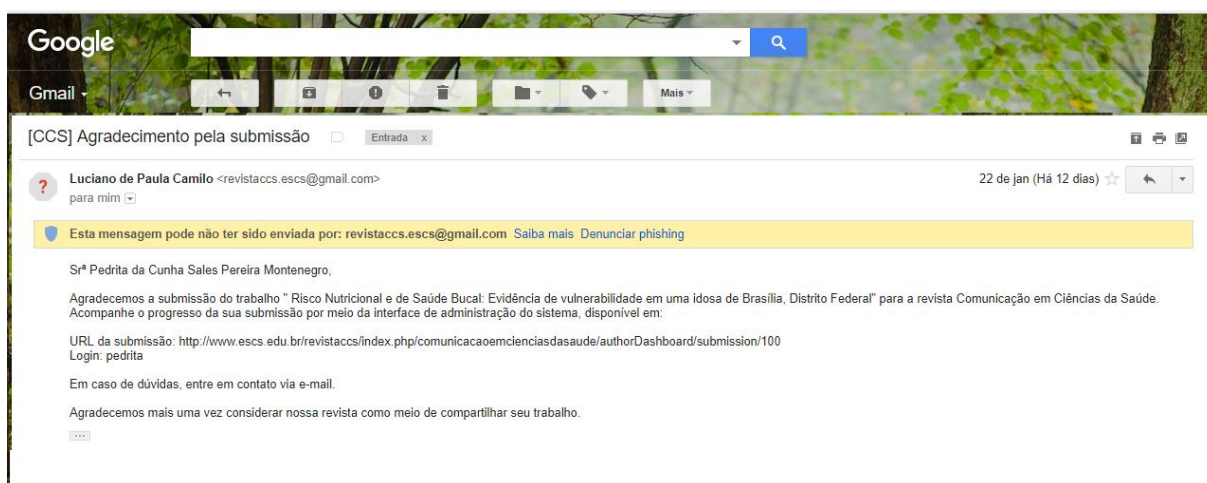
Anexo 1

Submissão do Artigo Original



Anexo 2

Submissão do Relato de Caso



Anexo 3

 Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF	 Plataforma Brasil
--	---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, RISCO FUNCIONAL E NUTRICIONAL EM IDOSOS DE UM SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO ITAPOÃ - DISTRITO

Pesquisador: Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57000018.4.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Saúde do Distrito Federal - Regional de Saúde do Paranoá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.598.527

Apresentação do Projeto:

O "Envelhecimento Saudável" se conceitua não somente como ausência de doenças, mas manutenção das capacidades física e mental com boa qualidade de vida. A perda da capacidade funcional está diretamente relacionada com o grau de dependência e autonomia dos idosos e tem uma forte correlação com o estado nutricional no qual uma maior dependência aumenta o risco de desnutrição e a nutrição inadequada aumenta o grau

de dependência. Pode-se inferir que os idosos residentes no Del Lago apresentam um risco aumentado de se tornarem desnutridos e dependentes, pois o perfil desta população se caracteriza como sendo de baixa renda e com poucas opções de inserção social e lazer, portanto com necessidade de serem estabelecidos os seus riscos.

Objetivo da Pesquisa:

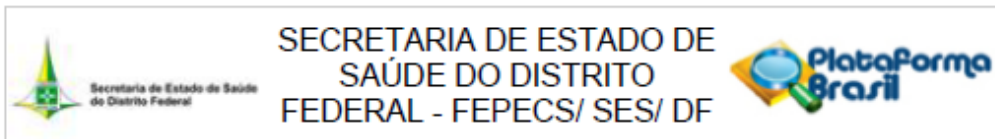
Objetivo Primário:

Descrever o perfil epidemiológico e o risco funcional e nutricional de idosos assistidos pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Centro de Saúde da Família do Del Lago 2 (CSPa 02) na cidade do Itapoã da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

Descrever a correlação entre o grau de nutrição e funcionalidade nos idosos pesquisados; propor

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS			
Bairro: ASA NORTE		CEP: 70.710-904	
UF: DF	Município: BRASILIA		
Telefone: (61)3325-4955	Fax: (33)3325-4955	E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com	



Continuação do Parecer: 1.598.527

ao serviço um programa de intervenção em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a minoração dos riscos detectados nos idosos e propor ao serviço um fluxo de encaminhamento e de matriciamento com o ambulatório de geriatria e gerontologia da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pode ser gerado desconforto emocional ou estresse ou poderão ser criadas expectativas nos idosos ou famílias quanto à resolução de problemas detectados, os quais ultrapassem a capacidade resolutive da Atenção Primária em Saúde (APS). Caso ocorram no paciente estes desconfortos, ele será prontamente assistido pela médica que o acompanha e pela equipe multiprofissional de saúde que trabalha no local, buscando uma breve resolução do problema.

Benefícios:

Espera-se que serviços como o ambulatório de geriatria e gerontologia, o NASF e as equipes multiprofissionais deverão acolher e dar continuidade às demandas levantadas nesta pesquisa. Com o desenvolvimento da pesquisa, espera-se estabelecer um sistema efetivo de referência e de matriciamento com o ambulatório de geriatria e gerontologia da Região Leste.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo analítico, observacional, prospectivo, de coorte no Centro de Saúde da Família do Del Lago 2 da Região Leste do DF, entre setembro 2016 e setembro 2017, com o intuito de descrever o perfil epidemiológico e estabelecer o risco funcional e nutricional de idosos assistidos pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Centro de Saúde da Família do Del Lago 2 (CSPa 02) na cidade do Itapoã da Região Leste de Saúde do Distrito Federal. Após a avaliação dos riscos, deverá ser proposto um fluxo de encaminhamento e de matriciamento com o ambulatório de Geriatria do Hospital da Região Leste.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Apresentação Obrigatória foram avaliados e considerados em conformidade com a Resolução CNS/MS 466/2012.

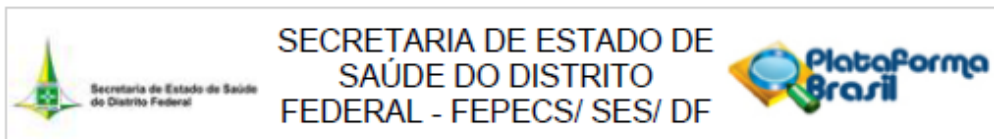
Recomendações:

Apresentar Relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.598.527

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_734598.pdf	14/06/2016 12:29:59		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Inara_Sol.pdf	14/06/2016 12:28:30	Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Maria_Rita_Novaes.pdf	14/06/2016 12:28:07	Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pedrita_Montenegro.pdf	14/06/2016 12:27:35	Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	14/06/2016 11:59:07	Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	14/06/2016 11:57:38	Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	14/06/2016 11:57:11	Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	14/06/2016 09:43:14	Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 20 de Junho de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Anexo 4

Mini Mental

Paciente: _____

Data de avaliação: _____ **avaliador:** _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 a 3 anos () 4 a 8 anos () mais de 8 anos ()

Orientação

- | | |
|--|--------|
| 1) Dia da Semana (1 ponto) | () |
| 2) Dia do Mês (1 ponto) | () |
| 3) Mês (1 ponto) | () |
| 4) Ano (1 ponto) | () |
| 5) Hora aproximada (1 ponto) | () |
| 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto) | () |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) | () |
| 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto) | () |
| 9) Cidade (1 ponto) | () |
| 10) Estado (1 ponto) | () |

Memória Imediata

Fale três palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Atenção e Cálculo

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65)
(1 ponto para cada cálculo correto) ()

Evocação

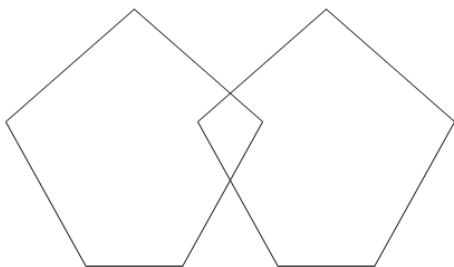
Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra) ()

Linguagem

- | | |
|--|--------|
| 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) | () |
| 2) Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) | () |
| 3) Comando: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos) | () |
| 4) Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) | () |
| 5) Escrever uma frase (1 ponto) | () |
| 6) Copiar um desenho (1 ponto) | () |

IX ESCREVA UMA FRASE

X COPIE O DESENHO



PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)

Anexo 5

Escala de Katz

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Pontuação:

2: dependente

4: parcialmente dependente

6: Independente

Anexo 6

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR)

Instruções:

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o último mês somente. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar _____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos _____

3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

Hora usual de levantar _____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).

Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque a melhor (uma) resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você...

	Nenhuma no último mês	Menos de 1 vez/ semana	1 ou 2 vezes / semana	3 ou mais vezes / semana
(a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos				
(b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo				
(c) Precisou levantar para ir ao banheiro				
(d) Não conseguiu respirar confortavelmente				
(e) Tossiu ou roncou forte				
(f) Sentiu muito frio				
(g) Sentiu muito calor				
(h) Teve sonhos ruins				
(i) Teve dor				
(j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva:				

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa () Boa () Ruim () Muito ruim ()

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

Medicamento	Nenhuma no último mês ()	Menos de 1 vez/ semana ()	1 ou 2 vezes/ semana ()	3 ou mais vezes / semana ()
-------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------------------

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Ficar acordado	Nenhuma no último mês ()	Menos de 1 vez/ semana ()	1 ou 2 vezes/ semana ()	3 ou mais vezes / semana ()
----------------	---------------------------	----------------------------	--------------------------	------------------------------

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Difícil manter o entusiasmo	Nenhuma dificuldade ()	Problema Leve ()	Problema razoável ()	Problema grande ()
-----------------------------	-------------------------	-------------------	-----------------------	---------------------

10. Você tem um(a) parceiro [espos(a) ou colega de quarto?

Não _____

Parceiro ou colega, mas em outro quarto _____

Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama _____

Parceiro na mesma cama _____

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência, no último mês, você teve ...

	Nenhuma no último mês	Menos de 1 vez/ semana	1 ou 2 vezes / semana	3 ou mais vezes/ semana
(a) Ronco forte				
(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia				
(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia				
(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono				
(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor, descreva:				

Pontuação: Quanto maiores os pontos, pior a qualidade do sono. Um escore total maior que cinco indica grandes disfunções em pelo menos dois componentes, ou disfunção moderada em pelo menos três componentes.

Anexo 7

Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage (EDG – 15)

Escolha a melhor resposta (sim ou não, sem meio termo) para todas as perguntas abaixo que descrevem a sensação durante as últimas semanas

	Sim	Não
1. Você está satisfeito (a) com a sua vida?		D
2. Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	D	
3. Sente que a vida está vazia?	D	
4. Se sente frequentemente aborrecido (a)?	D	
5. Na maior parte do tempo está bem-humorado?		D
6. Teme que algo de mal vá lhe acontecer?	D	
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		D
8. Sente-se abandonado (a) a maior parte do tempo?	D	
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	D	
10. Acha que tem mais problemas que as outras pessoas?	D	
11. Pensa ser maravilhoso estar vivo agora?		D
12. Sente-se inútil ultimamente?	D	
13. Sente-se cheio de energia?		D
14. Acha que a sua situação é sem esperanças?	D	
15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você?	D	
Resultado		

Pontuação acima de 5 já indica depressão

Anexo 8

Mini Avaliação Nutricional – MAN

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:					Nome:				
Sexo:		Idade:		Peso, kg:		Altura, cm:		Data:	

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados.
Some os números para obter a pontuação final da triagem.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso

C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos

F1 Índice de Massa Corporal (IMC) = peso em kg / (estatura em m)²

- 0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23

SE IMC NÃO DISPONÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA QUESTÃO F2.
NÃO RESPONDER À QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ ESTIVER COMPLETA

F2 Circunferência da Perna (CP) em cm

- 0 = CP menor que 31
3 = CP maior ou igual a 31

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14 pontos: estado nutricional normal
8-11 pontos: sob risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido

Salvar

Imprimir

Recomeçar

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006;10:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Gulgoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
- Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA[®]) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
- Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA[®]-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009; 13:782-788.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: www.mna-elderly.com