

Avaliação geriátrica em um serviço da Atenção Primária à Saúde: riscos e propostas de intervenção

Geriatric assessment in a Primary Health Care service: risks and intervention proposals

Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro¹
Inara Sol Barbosa²
Maria Rita de Carvalho Garbi Novaes³

¹Médica de Família e Comunidade da Região Leste de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade de Brasília (UnB) e Mestre na área de Saúde do Idoso, Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

²Médica de Família e Comunidade da Região Leste de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Universidade de Brasília (UnB).

³Farmacêutica-Bioquímica da SES/DF. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Mestre em Educação pela Universidade de Maastrich, Holanda. Pós-Doutora em Saúde, Universidade do Chile. Docente da Pós-graduação Strictu Sensu em Ciências da Saúde dos Programas da ESCS/FEPECS e da Universidade de Brasília.

Correspondência

Pedrita da Cunha Sales Pereira Montenegro
pedritamontenegro@gmail.com

RESUMO

Objetivos: descrever o perfil socioeconômico das famílias e analisar os riscos relacionados à saúde mental, funcional e nutricional entre idosos acompanhados em uma Unidade Básica de Saúde.

Método: estudo transversal e analítico. Dados coletados por entrevista com 59 idosos.

Resultados: o sexo feminino teve a pior qualidade do sono; a depressão estava correlacionada à má qualidade do sono e a um maior risco de quedas. A saúde bucal ruim influenciou o estado nutricional.

Conclusão: a avaliação dos riscos de desnutrição, quedas e depressão, encaminhamento para grupos de convivência, práticas integrativas e avaliação especializada, pode melhorar a qualidade de vida a médio e longo prazos.

Descritores: Saúde do idoso; Atenção integral à saúde; Sono; Nutrição do idoso; Saúde bucal.

ABSTRACT

Objectives: to describe the socioeconomic profile of families and to analyze the risks related to mental, functional and nutritional health among elderly people followed up in a Basic Health Unit.

Method: cross-sectional and analytical study. Data collected by interview with 59 elderly people.

Results: the female sex has a worse quality of sleep; a depression was correlated with poor sleep quality and is an increased risk of falls. Poor oral health influenced nutritional status.

Conclusion: an assessment of the risks of malnutrition, falls and depression, referral to social groups, integrative practices and specialized assessment can improve quality of life and medium and long terms.

Descriptors: Health of the Elderly; Comprehensive Health Care; Sleep; Elderly Nutrition; Oral Health.

INTRODUÇÃO

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. A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o grande gerenciador dos cuidados aos idosos, promovendo a atenção integral, desde a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação².

Algumas fragilidades específicas relacionadas ao declínio funcional facilitam o aparecimento de condições mórbidas e doenças crônicas que, mesmo não sendo fatais, tendem a comprometer a qualidade de vida e a autonomia dos idosos¹. Algumas dessas variáveis, porém, podem ter o seu curso interrompido e até revertido quando são identificados fatores possivelmente relacionados a essas limitações e desde que sejam realizadas as intervenções adequadas³.

A perda da autonomia em diversos setores da vida interfere negativamente na manutenção da funcionalidade, aumentando o risco de dependência. Os hábitos de vida saudáveis podem amenizar algumas dessas alterações e suas consequências, em qualquer momento da vida que sejam adotados. O envelhecimento e, em especial, suas sequelas físicas, são fortemente suscetíveis às práticas de promoção e de prevenção⁴.

A avaliação da população idosa mostra-se fundamental para que sejam planejadas as estratégias de intervenção e o monitoramento do seu estado clínico-funcional¹. Em se tratando do

presente estudo, a maioria da população atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) tem baixa renda. Residem em 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 cidade⁵. As pessoas com baixo poder aquisitivo podem apresentar outros fatores que contribuem para o acesso inadequado à alimentação. Envelhecer nesse contexto traz importantes consequências sociais e econômicas para a população como um todo e para a população idosa em particular, pois se trata de um grupo etário mais vulnerável. Os idosos nessas condições, têm chance aumentada de perda da autonomia funcional⁶.

O Itapoã é uma cidade recente, que teve início com uma invasão das terras da união em 2001. Os idosos que a habitam não têm uma história de vida anterior nesse local, devendo adaptar-se a um novo ambiente e estabelecer novas relações sociais, familiares, de habitação, lazer e hábitos de vida e isso pode acentuar problemas como solidão, dificuldades financeiras, medo de violência e deterioração das condições de saúde⁷. Esse processo quando realizado em um ambiente inóspito, exige um esforço ainda maior.

Com o intuito de propor estratégias de controle e promover a educação em saúde, aqui entendida como uma forma de se realizar a prevenção e a

corresponsabilização do cuidado, e para que se construa uma melhor qualidade de vida¹, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil socioeconômico das famílias e analisar os riscos relacionados à saúde mental, funcional e nutricional a que estão submetidos os idosos acompanhados em uma UBS do Distrito Federal (DF).

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal e analítico, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) 01 do Itapoã, Região Administrativa situada na Região Leste de Saúde do DF. A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2016 e julho de 2017.

Os critérios para inclusão dos idosos 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 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os idosos com problemas de saúde ou cognitivos, classificadas como graves, que impossibilitaram a compreensão das instruções para resposta aos instrumentos de coleta, tais como demências e sequelas neurológicas de Acidente Vascular Encefálico (AVE), e quando houve desistência da participação.

A coleta de dados foi realizada com idosos atendidos na UBS 01 que satisfizeram aos critérios de inclusão, os quais foram convidados a participar do estudo, utilizando-se da amostragem por conveniência. Após o esclarecimento quanto aos objetivos e a metodologia da coleta de dados, em caso de concordância, assinavam o TCLE. No final do período, houve um total de 59 idosos avaliados.

A avaliação consistia em, primeiramente, responder ao formulário de Identificação e realização da Mini Avaliação do Estado Mental (MEEM). Este é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos) e 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 brasileira⁸.

Aqueles que se mostraram aptos no MEEM respondiam aos demais instrumentos do ques-

tionário estruturado, cujos testes já validados, com as respectivas escalas e índices, incluem os seguintes aspectos:

Avaliação funcional: feita por meio da Escala de Katz, 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. Cada tarefa recebe pontuação específica que varia de zero para a independência a 3 (três) para dependência total ou recebe um escore (dependente ou independente). A maioria dos instrumentos atuais se basearam nesta escala⁹.

Avaliação do sono: realizada por meio do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh – PSQI-BR, que se refere à qualidade do sono no último mês. São avaliados os sete 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)¹⁰.

Avaliação do humor: foi utilizada a Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, que é composta por perguntas fáceis de serem entendidas e apresenta pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não) demandando entre 5 e 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 depressão¹¹.

Avaliação nutricional: denominada Mini Avaliação Nutricional (MAN), a ferramenta pode identificar risco nutricional ou desnutrição instalada. A detecção desses riscos, em qualquer grau, é uma medida importante para a adequada orientação nutricional¹².

Avaliação do risco de quedas através da realização do teste *Timed Up and Go*¹³ (TUG). Esse teste avalia a velocidade de execução de ações fundamentais para mobilidade. Levantar-se sem apoio, andar, virar-se e sentar-se sem apoio. O grau de dependência é determinado de acordo com o tempo gasto na realização dessas ações.

No que tange à análise e tratamento, 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 ocorreu 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 correspondência entre eles. As análises descritivas dos dados foram realizadas por meio do *software* IBM SPSS em sua versão 22.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), com parecer de número 1.598.527 e está de acordo com a resolução do Ministério da Saúde CNS/MS nº 466/12. Não há conflito de interesses.

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%.

Com relação ao estado nutricional, 23,72% estavam sob risco de desnutrição ou desnutridos e destes, 71,42% apresentavam dificuldade na ingestão de alimentos. Avaliando-se a dificuldade na ingestão de alimentos, 32,2% das pessoas apresentaram-na e destas, 52,63% já estavam com estado nutricional alterado, apresentando risco de desnutrição (42,11%) ou já desnutridas (10,52%).

Houve má qualidade do sono em 55,9% dos idosos, sendo “dificuldade moderada em 2 ou mais componentes” em 22% e “dificuldade grave em pelo menos 1 componente” em 33,9%.

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. Para averiguar a correlação entre as variáveis, foi calculado o Coeficiente de Correlação de Spearman. (Tabela 1). 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 ($p < 0,01$).

DISCUSSÃO

A amostra estudada teve predominância do sexo feminino, o que pode corroborar a feminização da população idosa como um fenômeno nacional e mundial ou o fato de que as mulheres têm maior preocupação com o autocuidado e demandam mais o sistema de saúde⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No presente trabalho, não foram encontradas diferenças significativas entre as análises de sexo para idade, ou seja, mesmo com maior número de mulheres, não há uma diferença estatisticamente significante.

A literatura aponta para uma forte relação entre o sexo feminino e o risco de quedas,¹⁵ bem como com a depressão¹⁶, o que difere dos dados presentemente encontrados, nos quais essa associação não foi encontrada. Corroborando os dados encontrados em outros estudos¹⁷⁻¹⁸, não houve diferenças entre o sexo feminino e masculino em relação à funcionalidade e risco nutricional.

Foi encontrada uma correlação entre depressão e o risco de quedas, dado que tais fatores podem se influenciar mutuamente, tanto a queda levando a um humor depressivo quanto à depressão aumentando o risco de quedas¹⁶. A associação de depressão com o maior risco de quedas pode estar relacionada a efeitos colaterais de medicações antidepressivas, indiferença ao ambiente e tendência à inatividade¹⁷. Foi também relatada uma maior prevalência de doenças crônicas nos indivíduos depressivos e o tratamento medicamentoso de tais condições pode aumentar o risco de quedas¹⁶⁻¹⁷.

A saúde bucal se mostrou um fator fortemente impactante no estado nutricional. Uma condição precária de conservação dos dentes ou a presença de condições que provoquem dor, como cáries ou inflamações, podem levar a uma má mastigação ruim na qual o sujeito prioriza a ingestão de alimentos de consistência mole ou pastosa, como carboidratos, em detrimento de alimentos mais consistentes, como carnes e vegetais. A má alimentação leva a uma conseqüente desnutrição crônica ou uma desnutrição obesa. A avaliação dos idosos e reversão dessas condições, pode modificar substancialmente esses hábitos.

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 literatura¹⁹. A má qualidade do sono aumenta o risco de quedas por aumentar a sonolência diurna e também se associa a maior prevalência de depressão, o que pode impactar negativamente na qualidade de vida dos idosos¹⁷.

Uma queixa muito frequente associada à 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 DF²⁰ evidenciou que nas regiões administrativas com menores poderes aquisitivos ocorrem crimes mais violentos, que ofendem ou ameaçam a vida, a integridade corporal, a honra e a liberdade das pessoas que ali residem.

Após a avaliação e identificação dos riscos aumentados de desnutrição, quedas e depressão, os idosos foram referenciados para avaliação com odontólogo, nutricionista ou fisioterapeuta.

Houve o planejamento de grupos de convivência e encaminhamento para as práticas integrativas ofertadas na UBS.

Com relação aos riscos detectados, pode haver reversão do dano potencial que só apareceria após meses ou anos, com uma adequada intervenção. As possíveis quedas, trazem alto risco de morte e a melhoria na força muscular, equilíbrio e marcha potencialmente evitam esses riscos. Foi elaborada uma cartilha sobre prevenção de quedas para ser trabalhada com esses idosos.

Limitações do estudo: A amostra se baseou na captação dos idosos que vinham à UBS para consultas ou acompanhamento em demanda espontânea, ou seja, dos idosos que buscavam a UBS e isso pode ter interferido no tamanho da amostra.

CONCLUSÃO

Foi verificada uma alta vulnerabilidade social na população estudada, representada por pobreza estrutural, dificuldade de acesso aos recursos e serviços públicos e altos índices de violência urbana. Os idosos tem duplo desafio ao se mudarem para a área, pois além da necessidade de se adaptar a essas condições adversas, apresentam vulnerabilidades inerentes ao processo de envelhecimento.

A avaliação dos idosos se mostrou muito importante para o delineamento da população e dos seus riscos, uma vez que a UBS ainda não tinha o cadastramento e os dados socioeconômicos dessa população, o que dificultava qualquer planejamento. A partir das necessidades reais encontradas, é possível que se tracem metas e que haja corresponsabilização do cuidado e a promoção da qualidade de vida através da adoção de hábitos de vida mais saudáveis.

Na análise realizada, foi confirmada a feminização da população idosa. 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 que 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. Com esse objetivo, foi elaborada uma cartilha

instrutiva sobre prevenção às quedas para se fazer educação em saúde.

A saúde bucal se mostrou um fator impactante no estado nutricional da amostra avaliada. Por se tratar de uma condição potencialmente reversível

e usualmente negligenciada, sugerimos que deva ser observada como parte da avaliação rotineira da população idosa.

Novos estudos devem ser realizados no sentido de corroborar os dados aqui obtidos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. [acesso 09 mar 2016]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
2. Brasília. Lei nº 3.822, de 08 de fevereiro de 2006. Política Distrital do Idoso. Diário Oficial do DF 13/02/2006 [acesso 01 mai 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. 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 [acesso 30 mai 2016]; 19 (8): 3317-25 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci_abstract&tlng=pt
4. 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 [acesso 31 mai 2016]; 37:10-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/03.pdf>
5. 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 mar 2018]; 20(11): 3395-405. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103395
6. Agarwalla R, Saikia AM, e Baruah, R. Assessment of the nutritional status of the elderly and its correlates. Journal of Family & Community Medicine [Internet]. 2015 [acesso 21 mai 2016]; 22(1): 39-43. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317993/>
7. 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 fev 2018]; 21: 225-33. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/1987.v21n3/225-233/>
8. Folstein, Folstein & McHugh, Mini Mental - 1975. APUD Brucki SMD, Nitrini R, Carmelli, P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini exame do estado mental no Brasil. Arq. Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2003 [citado 29 jun 2016]; 61(3B): 777-81. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014
9. 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 mai 2016]; 41(2): 317-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>
10. 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 19 jul 2016]; 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)

11. Matias AGC, Fonseca MA, Matos MA. Análise fatorial de sintomas depressivos e ocorrência de quedas em idosos. *Sci. med* [Internet]. 2015 [acesso 11 ago 2016]; 25(1): 02-19. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/1024c17da8d918fd7cf14d148b4f1672/1?pq-origsite=gscholar>
12. Nestlé Nutrition Institute. Mini nutritional assessment. [Internet]. [acesso 29 jul 2016]. Disponível em: http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_portuguese.pdf
13. 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 idosas da comunidade. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2015; [acesso 06 jun 2018]; 9(4):138-43. Disponível em: <http://www.ggaging.com/export-pdf/42/v9n4a03.pdf>
14. 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 02 fev 2018]; 2: 118-27. Disponível em: <http://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1183>
15. 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 [acesso 06 fev 2018]; 10(1ESP): 38. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2607/1981>
16. 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 fev 2018]; 24(4): 20-4. doi. org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.804
17. Teixeira DC, Oliveira IL, Dias RC. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. *Fisioterapia em movimento* [Internet] 2017. [acesso 06 fev 2018]; 19(2). Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18708/18129>
18. 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 fev 2018]; 15(53): 81-86. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4572
19. 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 jan 2018]; 25(1):54-9. doi: 10.1590/S0103-21002012000800009
20. 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 mar 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>

APÊNDICE

Tabela 1 - Coeficiente de Correlação de Spearman, Brasília-DF, 2017

		Idade	Katz	Depressão	Sono	MAN	TUG (seg)
Idade	Coef. de Correlação	1,000	,041	,185	-,111	-,101	,097
	p		,757	,160	,402	,447	,465
	N	59	59	59	59	59	59
Katz	Coef. de Correlação	,041	1,000	-,073	,047	-,014	-,122
	p	,757		,583	,724	,914	,359
	N	59	59	59	59	59	59
Depressão	Coef. de Correlação	,185	-,073	1,000	,301*	,093	,379**
	p	,160	,583		,020	,483	,003
	N	59	59	59	59	59	59
Sono	Coef. de Correlação	-,111	,047	,301*	1,000	-,063	,234
	p	,402	,724	,020		,634	,075
	N	59	59	59	59	59	59
MAN	Coef. de Correlação	-,101	-,014	,093	-,063	1,000	-,107
	p	,447	,914	,483	,634		,421
	N	59	59	59	59	59	59
TUG (seg)	Coef. de Correlação	,097	-,122	,379**	,234	-,107	1,000
	p	,465	,359	,003	,075	,421	
	N	59	59	59	59	59	59

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).