



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

 Universidade de Brasília

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

JEREMIAS BRUNO SILVA DE OLIVEIRA

**TRIAGEM DE RISCOS EM SAÚDE E
PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS
COMUNITÁRIOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
EM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

BRASÍLIA
2019

JEREMIAS BRUNO SILVA DE OLIVEIRA

**TRIAGEM DE RISCOS EM SAÚDE E
PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS
COMUNITÁRIOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
EM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade
de Ceilândia como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.
Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Azevedo
Garcia

BRASÍLIA
2019

JEREMIAS BRUNO SILVA DE OLIVEIRA

**TRIAGEM DE RISCOS EM SAÚDE E
PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS
COMUNITÁRIOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
EM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

Brasília, 08/07/19

COMISSÃO EXAMINADORA

Patrícia A. Garcia

Prof.^a Dr.^a Patrícia Azevedo Garcia
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

Ana Clara Bonini Rocha

Prof.^a Dr.^a Ana Clara Bonini Rocha
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Juliana de Faria Fracon e Romão

Prof. Dr. Juliana de Faria Fracon e Romão
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

AGRADECIMENTOS

A Deus por demonstrar seu cuidado e amor em todos os momentos.

Aos meus pais Epaminondas e Hilda, pela determinação, sabedoria e ensinamentos sobre a bíblia e a realidade da vida. Grato por todos os valores passados que me auxiliaram a construir a expressão daquilo que sou.

Às minhas irmãs Suellen e Dayanna, por estarem sempre torcendo pelo meu sucesso.

À minha sobrinha Isabela, por me lembrar que a felicidade genuína encontra-se em momentos mais simples da vida.

A todos meus familiares pelo suporte mesmo distante.

Aos idosos que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

Às extensionistas Raphaela e Nayanna, pela amizade e confiança que nos possibilitou uma parceria dentro e fora do projeto.

Às pessoas que proporcionaram momentos de descontração na caminhada final do curso: Alexandre e João.

À minha amiga Hanna, por seu companheirismo que a torna capaz de embarcar em diversas aventuras comigo. Grato pelos momentos de felicidade e pelo bem-querer mútuo.

Aos três seguintes amigos que desde o início da faculdade se demonstraram pessoas diferenciadas. A cada ano nossa amizade é fortalecida. Eternamente grato:

Ao Luis, por me ensinar a respeito da liderança e por me alegrar até nos momentos adversos.

À Andressa, por me ensinar a respeito da disciplina e por meio do seu foco transmitir tranquilidade e segurança.

À Adrielle, por me ensinar a respeito da maturidade, pela reciprocidade de sintonia e me estimular a buscar aquilo que há de melhor em mim.

Agradeço à minha orientadora Patrícia Azevedo Garcia, por me acolher, me guiar e proporcionar à oportunidade de vivenciar ao máximo aquilo que a universidade poderia me oferecer.

Ao apoio financeiro concedido pelo DEX e a FAPDF que me motivaram a perseverar no caminho.

Grato a todas as experiências vivenciadas no projeto e a todos os profissionais envolvidos que me fizeram admirar a área da gerontologia.

RESUMO

Introdução: A promoção do envelhecimento ativo e saudável deve ocorrer por meio de estratégias que abordem além do tratamento de doenças. Importantes ações de promoção à saúde do idoso são desenvolvidas por serviços públicos de saúde em parceria com projetos de extensão universitários. **Objetivo:** apresentar o projeto de extensão universitária “Projeto Escola de Avós e Oficina de Quedas: aprender para prevenir”. **Procedimentos metodológicos:** relato de experiência de um projeto de extensão universitária, realizado em parceria com Secretaria de Saúde, aberto à participação de idosos e de equipe multiprofissional formada por docentes e discentes de ensino superior. O projeto propõe estratégias de promoção de saúde, prevenção de doenças, disfunções e quedas e intervenções fisioterapêuticas por meio de duas atividades: “Escola de Avós” e “Oficina de prevenção de quedas”. **Resultados e Discussão:** Em seis anos do projeto 2155 idosos participaram das ações nas “Escolas de Avós”, 791 no rastreio de risco de quedas e 251 nas “Oficinas de Prevenção de Quedas”. O projeto contou com a participação de 45 membros que produziram uma tese de doutorado, dezoito trabalhos de iniciação científica, sete trabalhos de conclusão de curso, quarenta apresentações em congressos nacionais e nove em internacionais, quatro artigos e duas premiações em eventos científicos. O projeto enfrentou dificuldades relacionadas ao local, a financiamento, à divulgação e à adesão dos idosos. **Considerações finais:** o detalhamento da experiência desse projeto desperta possibilidades de implementação de ações voltadas para a promoção à saúde do idoso, alertando para a importância das parcerias interinstitucional e interprofissional.

Palavras-chaves: *Idoso, Acidentes por Quedas, Fisioterapia, Promoção da Saúde, Estratégias Locais, Extensão Comunitária.*

ABSTRACT

Introduction: The promotion of active and healthy aging should occur through strategies that approach beyond the treatment of diseases. Important actions to promote the health of the elderly are developed by public health services in partnership with university extension projects. **Objective:** to present the university extension project "Escola de Avós e Oficina de Quedas: aprender para prevenir". **Methodological procedures:** experience report of a university extension project, carried out in partnership with the Secretary of Health, open to the participation of the elderly and multiprofessional team of university teachers and students. The project proposes strategies for health promotion, prevention of disease, dysfunctions and falls and physiotherapeutic interventions through two activities: "Grandparents' School" and "Fall Prevention Circuit". **Results and Discussion:** In six years of the project, 2155 elderly people participated in the actions in the "Grandparents' Schools", 791 in the fall risk screening and 251 in the "Fall Prevention Circuit". 45 members participated in the project and produced a doctoral thesis, eighteen scientific initiation works, seven graduation papers, forty presentations at national scientific congresses and nine at international congresses, four articles and two awards at scientific events. The project faced difficulties related to the location, funding, advertising and adherence of the elderly. **Final considerations:** the report on the experience of this project raises possibilities for implementation of actions aimed at promoting the health of the elderly and warn about the importance of interinstitutional and interprofessional partnerships.

Keywords: Aged, Accidental Falls, Physical Therapy Specialty, Health Promotion, Local Strategies, Community-Institutional Relations.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Atividades desenvolvidas nas “Escolas de Avós”16

Figura 2. Estações de exercícios implementadas nas “Oficina de quedas”17

LISTA DE ABREVIATURAS

IOF – *International Osteoporosis Foundation*

Kgf – *Quilogramas força*

OAB-V8 – *Overactive Bladder – Version 8*

SUS – *Sistema único de saúde*

TCLE – *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

UnB – *Universidade de Brasília*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	11
2.1. Desenho do estudo e questões éticas	11
2.2. Coordenação e parcerias	11
2.3. Público alvo e formas de divulgação	12
2.4. Locais de realização do projeto	12
2.5. Capacitação dos extensionistas	12
2.6. Objetivos do projeto	12
2.7. Descrição das atividades desenvolvidas	13
2.8. Participação em pesquisas	18
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
APÊNDICES	25
APÊNDICE A – Ficha de Avaliação de riscos em saúde	25
APÊNDICE B – Formulário de Avaliação de risco de queda	27

1 – INTRODUÇÃO

Os cuidados em saúde na população idosa não devem se limitar ao tratamento e prevenção de doenças (ASSIS et al., 2007; MALLMANN et al., 2015). O aumento da prevalência de patologias crônico-degenerativas, associadas a questões intrínsecas, extrínsecas e comportamentais do idoso, caracterizam as causas mais frequentes de limitações em atividades e restrições de participação, internações hospitalares que ocasionam aumento dos gastos públicos e afetam a funcionalidade, independência, autonomia e qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010; NASCIMENTO; TAVARES, 2016; OLIVEIRA et al., 2014; VICTOR et al., 2007).

Ações que envolvam a promoção de saúde influenciam de forma positiva o estado de saúde do idoso e proporcionam melhor qualidade de vida, tornando-o mais participativo em seu processo de envelhecimento (ASSIS et al., 2007; MALLMANN et al., 2015). Baseados na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa diversos setores da sociedade têm direcionado medidas coletivas e individuais de saúde, investindo no desenvolvimento de programas sociais e de saúde voltados para adoção de hábitos saudáveis, mudanças de comportamentos, promoção da socialização do conhecimento em saúde e interpessoal, preservação da independência e da autonomia dos idosos (BRASIL, 2010; FERREIRA et al. 2012; OLIVEIRA; MENEZES, 2011; VICTOR et al., 2007). Destacam-se ações estratégicas para identificação de fatores de risco que possibilitam o desenvolvimento e planejamento de intervenções eficazes por meio de equipes interdisciplinares (NASCIMENTO; TAVARES, 2016; OLIVEIRA et al., 2014) e tentativas de inserção dos idosos em atividades físicas regulares para promover o envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2010; VICTOR et al., 2007).

Estudos nacionais mostram que a maioria das ações de promoção de saúde do idoso são desenvolvidas em serviços públicos de saúde, oferecem atividades educativas em nível coletivo, grupos de caminhada e apresentam uma maior adesão de mulheres (ASSIS; HARTZ e VALLA, 2004). Uma minoria de programas relata ações preventivas individuais de triagens e aconselhamentos (ASSIS; HARTZ e VALLA, 2004). Por outro lado estudos internacionais apresentam ações de promoção de saúde dos idosos incluindo, além das sessões educativas, atividades práticas com exercício, sessões de administração do estresse e lanches, e mencionam financiamentos específicos por parte de agências públicas ou privadas (ASSIS; HARTZ e VALLA, 2004).

Nesse sentido, os projetos de extensão universitária também apoiam as necessidades da comunidade idosa promovendo a saúde com estratégias de educação, alimentação saudável, adesão medicamentosa e uso racional de medicamentos, programas de exercício e de prevenção de quedas e inclusão social e digital (FERREIRA, MEZZAVILLA, COSTAI, 2017; LOPES et al., 2014; MENESES et al., 2016; PIVETTA et al., 2010; SANTOS et al. 2017). Fundamentados no tripé ensino, pesquisa e extensão, os centros universitários tem capacidade para desenvolver ações em saúde que beneficiem discentes, docentes e a comunidade envolvida. Enquanto a universidade direciona o conhecimento e a assistência à comunidade por meio de atividades de ensino e de extensão, estas se constituem fontes de pesquisas que, por sua vez, retroalimentam o ensino. Assim, o ensino e a extensão são geradores de novas pesquisas na medida em que identificam necessidades, anseios e aspirações da comunidade (PIVETTA, et al., 2010). Nesse cenário, para construção do conhecimento, valorizam-se as relações sociais, a problematização e a transformação da realidade, a integração de docentes, discentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde no cotidiano dos serviços (BISCARDE; SANTOS; SILVA, 2014), propiciando uma formação mais contextualizada, crítica e reflexiva (PIVETTA et al., 2010). Portanto, nesse contexto, o objetivo desse estudo é apresentar o projeto de extensão “Projeto Escola de Avós e Oficina de Quedas: aprender para prevenir” da Universidade de Brasília e relatar as ações desenvolvidas pela equipe interdisciplinar de saúde.

2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1. Desenho do estudo e questões éticas

Trata-se de um relato de experiência de um Projeto de Extensão do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília (UnB) - Campus Ceilândia intitulado de “Projeto Escola de Avós e Oficina de Quedas: aprender para prevenir”. O modelo de projeto que será descrito iniciou suas atividades em 2011, foi institucionalizado como extensão universitária em 2012 e serão descritas as atividades desenvolvidas até 2016. Por se tratar de um estudo com uma proposta de contribuição a partir da vivência de ações desenvolvidas no projeto de extensão, não foi necessária a submissão para aprovação de comitê de ética.

2.2. Coordenação e parcerias

O “Projeto Escola de Avós e Oficina de Quedas: aprender para prevenir” é coordenado por docente do curso de Fisioterapia da UnB e formado por uma equipe

multiprofissional de docentes e discentes de Fisioterapia, Enfermagem, Saúde Coletiva, Farmácia e Terapia Ocupacional. Esse projeto teve parceria com profissionais de saúde do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

2.3. Público alvo e formas de divulgação

O projeto era aberto à participação de idosos (≥ 60 anos de idade), de ambos os sexos, residentes na região administrativa oeste do Distrito Federal. Os participantes foram convidados por meio de divulgação em grupos de idosos e centros de saúde, redes sociais e encaminhamentos da equipe multidisciplinar de geriatria e gerontologia.

2.4. Locais de realização do projeto

As atividades do projeto ocorreram no galpão de atividades sociais da 8ª Companhia Regional de Incêndio do Distrito Federal em Ceilândia. O local possuía área aberta e gramada e três salas com espaço físico de aproximadamente 16 a 20 m² equipadas com mesas, cadeiras, carteiras, armários, instrumentos para avaliação e materiais para atendimento fisioterapêutico.

2.5. Capacitação dos Extensionistas

Os extensionistas eram selecionados entre os discentes dos cursos de graduação em Fisioterapia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Farmácia e Saúde Coletiva. A seleção era seguida por treinamento para preparação das palestras e dinâmicas de orientação em saúde, para aplicação dos instrumentos de avaliação utilizados no circuito de avaliação de riscos em saúde e implementação da oficina de quedas.

2.6 Objetivos do Projeto

O projeto propunha estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças, disfunções e quedas em idosos por meio de duas atividades: “Escolas de Avós” e “Oficina de prevenção de Quedas”.

As “Escolas de Avós” visavam rastrear idosos em riscos em saúde, oferecer orientações e esclarecimentos sobre questões em gerontologia e criar um ambiente propício para socialização e troca de experiências entre os idosos.

As “oficinas de prevenção de quedas” objetivavam promover um programa de exercícios terapêuticos e preventivos com foco na melhora da força muscular e do equilíbrio corporal visando à prevenção de quedas.

2.7. Descrição das atividades desenvolvidas

Escola de avós

As Escolas de Avós aconteciam no período da manhã no primeiro sábado de cada mês. Nesse evento eram oferecidas sete atividades (Figura 1): lanche nutritivo, bazar, alongamento, palestras e dinâmicas de orientação em saúde, circuito de avaliação de riscos em saúde e dança sênior. Além disso, em meses comemorativos havia a celebração com os idosos.

Lanche nutritivo: uma pequena mesa de café da manhã era montada visando incentivar práticas de alimentação saudável e nutritiva. Eram oferecidas frutas, biscoito integral, pão integral, bolos, queijo, sucos, leite, café e chás. Os itens eram provenientes de doações e/ou comprados com fundos arrecadados no bazar.

Bazar: exposição de roupas e sapatos novos e usados. Os itens expostos eram provenientes de doações da comunidade e vendidos a preços simbólicos visando arrecadação para cobrir as despesas das escolas de avós.

Alongamento: no início da manhã os idosos eram convidados a realizar exercício de alongamento estático orientado por extensionistas do curso de fisioterapia e terapia ocupacional. Eram propostos alongamentos mantidos por 10 a 15 segundos (ROSARIO; MARQUES; MALUF, 2004) das musculaturas da coluna cervical, tronco, membros superiores e inferiores, durante aproximadamente 5 a 10 minutos.

Palestras e dinâmicas de orientação em saúde: atividades educativas por meio de palestras, jogos, brincadeiras e distribuição de materiais informativos com orientações sobre questões em gerontologia. Eram discutidos temas relacionados à senescência e senilidade, envelhecimento ativo e bem-sucedido, às principais doenças e agravos da pessoa idosa, como diabetes, hipertensão arterial, osteoartrose, osteoporose, fragilidade, síndromes demências, instabilidade postural e quedas, incontinência urinária, prática regular de exercício físico, além de esclarecimentos sobre o Sistema Único de Saúde e o Estatuto do Idoso.

Circuito de avaliação de riscos em saúde: tratava-se de um circuito de estações de avaliação multiprofissional de riscos em saúde. Eram identificadas a autopercepção do estado de saúde, comorbidades, atividades habituais interrompidas por motivos de saúde, opinião sobre a qualidade de atendimento do SUS e prática de exercício físico. Nas estações, os extensionistas e profissionais de diversas áreas da saúde avaliavam e orientavam sobre hipertensão arterial, diabetes, estado nutricional, saúde bucal, osteoporose, capacidade para atividades avançadas de vida diária, força muscular, risco de quedas e disfunções miccionais.

A aferição da pressão arterial era realizada em todos os idosos e para realização dessas medidas dispunha-se de dois esfigmomanômetros digitais. Para a medida do nível glicêmico no sangue era utilizado um glicosímetro, lancetas e fitas para leitura apenas em idosos com diagnóstico prévio de diabetes. Essas medidas permitiam identificar hipertensão arterial sistêmica, glicemia descontrolada e problemas de adesão ao tratamento medicamentoso (STOPA et al., 2018).

O estado nutricional era avaliado por meio da interpretação do índice de massa corporal, calculado após medida da massa e da estatura corporal dos idosos. Para realização dessas medidas dispunha-se de balança calibrada e estadiômetro.

A avaliação da saúde bucal investigava a presença de lesões bucais, o número de dentes íntegros, cariados e obturados, o estado das próteses dentárias e os hábitos de escovação. Se houvesse necessidade, o idoso recebia encaminhamento para odontólogo da rede.

A avaliação do risco de osteoporose era realizada utilizando os 19 fatores de risco do teste da *International Osteoporosis Foundation* (IOF) que visa determinar o risco de osteoporose em um minuto (INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION-IOF, 2018). Para os idosos que apresentavam três ou mais fatores de risco solicitava-se exame de densitometria óssea de coluna lombar e colo femoral, orientando-se sobre o retorno com o resultado no clínico geral do centro de saúde. Esses idosos recebiam uma cartilha e eram orientados quanto a importância da alimentação rica em cálcio, da exposição ao sol para a produção de vitamina D, de práticas de exercícios físicos regulares, da redução do consumo de café e/ou álcool e da utilização dos medicamentos quando prescritos.

A investigação do risco multidimensional de quedas utilizava a ferramenta *Quick Screen Clinical Falls Risk Assessment*. Esse instrumento avalia oito fatores de risco para

queda e a somatória desses fatores permitia identificar se o idoso apresentava ou não risco de cair nos próximos 12 meses. Os fatores de risco investigados eram histórico de queda no ano anterior, polifarmácia, uso de medicamento psicotrópico, déficit visual e de sensibilidade periférica, déficit de equilíbrio estático, instabilidade lateral (teste step alternado) e fraqueza muscular de membros inferiores (teste de levantar e sentar 5 vezes) (TIEDEMANN, LORD, SHERRINGTON, 2010). Para essas avaliações eram necessários um step de madeira, um monofilamento vermelho escuro (4 g), quadro de Snéllen e quadro de posição dos pés próximos. Os idosos que apresentavam dois ou mais fatores de risco eram encaminhados para a Oficina de Quedas (TIEDEMANN; LORD SHERRINGTON, 2010).

A avaliação da força muscular de membros superiores era investigada utilizando o dinamômetro hidráulico (Saehan Corporation, Korea). Era utilizada a posição padronizada pela *American Society of Hand Therapy* (FESS, 1992) na qual o idoso permanecia sentado, ombro aduzido e sem rotação, o antebraço fletido a 90° e em posição neutra, posição do punho variando entre 0 a 30° de extensão. A interpretação da média de três medidas em Kgf da força isométrica (6 segundos) de preensão palmar do membro dominante ajustada ao sexo e ao índice de massa corporal (FRIED et al., 2001) era utilizada para orientações e encaminhamentos.

A avaliação da capacidade para atividades avançadas de vida diárias era realizada verificando a participação social por meio de treze questões relacionadas a fazer e receber visitas, ir à igreja, reuniões sociais e eventos culturais, guiar automóvel, fazer viagens para locais próximos e distantes, desempenhar trabalho voluntário ou remunerado, participar de diretorias, universidade aberta à terceira idade e de grupos de convivência (OLIVEIRA et al., 2015).

A investigação das disfunções miccionais ocorria com a aplicação do questionário para avaliação da bexiga hiperativa – *Overactive Bladder – Version 8* (OAB-V8). O OAB-V8 avalia quatro sintomas relativos à bexiga hiperativa: frequência urinária diária, urgência urinária, urge-incontinência e noctúria. As pacientes com risco de síndrome da bexiga hiperativa (OAB-V8 > 8 pontos) e/ou com queixas de perda urinária eram encaminhadas para outro projeto de extensão da UnB intitulado “Prevenindo e tratando distúrbios miccionais e evacuatórios” (ACQUADRO et al., 2006).

Dança sênior (DS): eram trabalhadas coreografias em diversos ritmos musicais, realizadas em círculo com o grupo de idosos sentados ou em pé com o objetivo de criar um espaço lúdico e buscar a autoestima e a interação grupal e promover o bem-estar dos participantes (CASSIANO et al., 2009).

Atividades comemorativas: aproveitava-se o momento da reunião do grupo para comemorar o dia das mães, dia dos pais, dia do idoso, festa junina, Páscoa, *Halloween* e Natal (VICTOR et al., 2007).



Figura 1. Atividades desenvolvidas nas “Escolas de Avós”. (A) Bazar. (B) Lanche nutritivo. (C) Alongamento. (D) Palestras e dinâmicas de orientação em saúde. (E) Circuito de avaliação de riscos em saúde. (F) Dançar Senior. (G) Atividades comemorativas.

Oficinas de Prevenção de Quedas

Trata-se de um grupo de exercícios para treinamento de força e equilíbrio corporal em formato de circuito que ocorria duas vezes por semana visando prevenção de quedas. Eram ofertadas duas turmas de exercício por semestre, com aproximadamente 20 idosos por turma.

As sessões de exercício tinham duração de 90 minutos e iniciavam com aquecimento global, circuito funcional e dinâmica em grupo. O aquecimento era composto por exercícios ativos livres para tronco, membros superiores e inferiores com duração de 10 a 15 minutos. O circuito era composto por 14 estações de exercícios funcionais para fortalecimento muscular e treino de equilíbrio corporal (Figura 2), que incorporavam combinações de movimentos comumente usados em atividades de vida diária, com duração de 60 minutos com pausas para descanso, que consistiam em: (i) marcha transpondo obstáculos da escada de cordas, (ii) caminhar batendo uma bola com as mãos, (iii) marcha em zigzag, (iv) subir e descer degraus, (v) agachamento e flexão plantar contra resistência do próprio corpo, (vi) marcha tandem, (vii) alcance anterior, (viii) alcance superior com carga, (ix) treino de estratégia de tornozelo, (x) equilíbrio em superfície instável, (xi) equilíbrio em plataforma instável, (xii) mobilidade com bambolê, (xiii) agachamento carregando objetos com diferentes cargas, (xiv) transposição de obstáculos. Após a realização do circuito funcional eram realizadas dinâmicas, tais como: dança sênior, jogos ou brincadeiras com duração de 15 minutos. (SCHMIDT e SOUZA, 2016).



Figura 2. Estações de exercícios implementadas nas “Oficina de quedas”

2.8. Participação em pesquisas

No início das oficinas de quedas e ao final do circuito de avaliação de riscos, os idosos eram convidados a participar de pesquisas e assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido devidamente aprovadas por Comitê de Ética utilizando os dados coletados no projeto de extensão. Adicionalmente, em vários momentos ao longo do ano os idosos eram convidados para participar de outras pesquisas desenvolvidas por alunos de graduação e pós-graduação da UnB.

3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos seis anos de desenvolvimento do projeto em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal 2155 idosos participaram das ações nas “Escolas de Avós”. Diante do contexto de envelhecimento populacional (MENDES et al., 2018) e da possibilidade do estilo de vida adotado influenciar positiva ou negativamente as alterações decorrentes do envelhecimento (MALLMANN et al., 2015), essa alta demanda e adesão às atividades propostas pelo projeto confirmam as necessidades de cuidados dos idosos que vão além do tratamento de doenças. Considerando que a saúde não é resultado de uma vida passiva (MALLMANN et al., 2015), as atividades mensais do projeto estimulavam não apenas o tratamento e prevenção de doenças, mas também o envelhecimento ativo e saudável, permeando a promoção da saúde.

A educação em saúde foi a principal ferramenta utilizada para proporcionar reflexões críticas a respeito da necessidade individual e coletiva de se manter uma vida mais ativa (CASEMIRO et. al, 2018; FERREIRA et al., 2014; MALLMANN et al., 2015). Observou-se que as palestras e dinâmicas de orientação em saúde, o lanche nutritivo, os grupos de alongamento, o bazar, as celebrações de datas comemorativas e a dança sênior proporcionaram espaços de construção e compartilhamento de saberes sem limitar-se apenas a transmissão de informação, como também, foram locais que possibilitaram a interação social (FERREIRA et al., 2014). Os benefícios da educação em saúde são inúmeros, entre eles Casemiro et al. (2018) citam que um ambiente estimulador, coletivo, onde os participantes sintam-se valorizados e incentivados a atribuírem um novo sentido para suas existências, traz resultados positivos no estilo de vida e favorece o desempenho cognitivo, fator que interfere na independência e qualidade de vida da pessoa idosa. Ferreira et al. (2014) destacam nessas ações a aproximação direta entre profissionais e usuários na busca de uma relação que permita a coparticipação, transpondo um modelo tradicional de educação sanitária a um modelo

dialógico com educação crítica-reflexiva. França e Carvalho (2017) tratam especificamente da educação alimentar e nutricional e relatam a relação entre hábitos alimentares e a incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, como também, apontam a responsabilidade dos profissionais de saúde auxiliarem o empoderamento dos indivíduos e o desenvolvimento da autonomia diante de escolhas alimentares, buscando métodos mais ativos e inovadores sem restringir-se a palestras. Por fim, Mallmann et al. (2015) apontam que essas ações estimulam o autocuidado, a melhora da autoestima e da autoimagem, a independência, autonomia e satisfação de vida dos idosos.

Os grupos de alongamento e a prática da Dança Sênior, especificamente, influenciam na capacidade funcional do idoso. Gama et al. (2018) indicam que bons níveis de flexibilidade relacionam-se à independência funcional para realização das atividades de vida diária, sendo que a boa flexibilidade das articulações dos membros inferiores influenciam estreitamente os parâmetros da marcha e do controle postural e reduzem o risco de quedas. Já Venancio et al. (2018) evidenciam efeitos positivos da Dança Sênior no aumento da massa óssea da região lombar de mulheres com osteoporose, na melhora do desempenho cognitivo, do equilíbrio e da qualidade de vida de idosos, além de outros benefícios como maior socialização, contribuição nos aspectos de expressão de emoções e sentimentos, melhora da comunicação e do humor e redução das dores.

Por meio do Circuito de avaliação de riscos em saúde diversos profissionais buscavam avaliar e identificar as necessidades e especificidades dos participantes, incentivando comportamentos capazes de melhorar as capacidades intrínseca e funcional de cada pessoa idosa. Para compreender o estado de saúde do idoso de forma ampliada e integral foi essencial a utilização de uma avaliação que considerasse múltiplas dimensões, possibilitando a estruturação e organização dos cuidados diante da heterogeneidade dos processos de envelhecimento. Essas intervenções em saúde planejadas e adaptadas de acordo com os níveis de capacidade funcional possibilitam às pessoas alongarem o máximo possível a sua independência e autonomia colaborando para um envelhecimento ativo. Para pessoas com um alto desempenho devem-se trabalhar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Já para as pessoas que apresentam algum declínio funcional é necessário ofertar cuidados que revertam, diminuam ou retardem ao máximo possível a continuidade desse curso (BRASIL, 2018).

Além dessas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e de doenças são também indispensáveis na assistência ao idoso ações integradas de tratamento, reabilitação e controle de condições crônicas estabelecidas (BRASIL, 2018). Durante os seis anos de projeto, 791 idosos participaram do rastreio de risco de quedas, sendo 251 identificados com risco no *QuickScreen* e encaminhados e tratados nos grupos das “Oficinas de Prevenção de Quedas”. Estudos evidenciam que a prática de exercício físico em grupo pode influenciar de forma positiva na manutenção do equilíbrio estático e dinâmico, na melhora da flexibilidade, funcionalidade, marcha, aptidão física, resistência muscular, agilidade, potência e força muscular, independência e qualidade de vida, o que reduz os episódios de quedas, o processo de sarcopenia e o medo de cair, além de promover a integração emocional, cognitiva e social (ABDALA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017; TOMICKI et al., 2016). Portanto, diminuir o risco de quedas garante a manutenção do bem-estar dos idosos e contribui para redução de custos com sua assistência (ABDALA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017; TOMICKI et al., 2016).

Apesar do foco do projeto ser em atividades de extensão voltadas para a aproximação dos estudantes com a comunidade e para a ampliação do atendimento em saúde dos idosos, a iniciativa também contribuiu nos outros aspectos propostos pela universidade. Fundamentado no tripé ensino, pesquisa e extensão, o desenvolvimento do projeto contou com a participação de 45 alunos e proporcionou experiências ampliadas aos graduandos, permitindo uma educação não somente voltada para transmissão do conhecimento, mas possibilitando as relações sociais, a transformação e a problematização da realidade (BISCARDE, SANTOS & SILVA, 2014). Distinguindo-se dos moldes tradicionais, as atividades do projeto incentivaram a capacidade de aprender a aprender por meio da interdisciplinaridade, de trabalhar em equipe, de comunicar-se, de ter agilidade frente às situações considerando fenômenos biológicos e orgânicos, como também tendo contato com o contexto sócio-histórico, ético e político relacionado à cidadania (BISCARDE, SANTOS & SILVA, 2014). Adicionalmente, as ações de extensão favoreceram o entendimento do sujeito e provocaram questionamentos no decorrer da vivência pelo confronto entre teoria e prática, possibilitando à comunidade acadêmica a ampliação e o aprimoramento de seus conhecimentos (SANTOS et al., 2017). Os questionamentos gerados ficaram evidenciados pela produção acadêmica ao longo dos seis anos de projeto: a coordenadora do projeto desenvolveu uma tese de doutorado, dezoito extensionistas participaram simultaneamente de programas de iniciação científica, sete desenvolveram trabalhos de conclusão de curso, sendo quarenta trabalhos apresentados

em congressos nacionais e nove em congressos internacionais, quatro artigos publicados em periódicos e dois trabalhos premiados em eventos científicos.

Neste contexto, as ações do projeto de extensão possibilitaram ampliar o conteúdo acerca da saúde do idoso e favorecer vivências específicas para práticas contornando as limitações curriculares ainda existentes (DIAS, SANDRI e CUTOLO, 2012; GRAVE, ROCHA e PÉRICO, 2012). Entretanto, o projeto enfrentou dificuldades relacionadas ao local de desenvolvimento, às questões financeiras, à divulgação e à adesão dos idosos. Um período importante de tempo foi dedicado à definição do espaço para o desenvolvimento das atividades, considerando que deveria ser amplo, bem localizado e acessível, o que foi contornado com a parceria com a Secretaria de Estado de Saúde e com a 8ª Companhia Regional de Incêndio do Distrito Federal. A falta de editais de auxílio para custear as despesas de lanche nutritivo, compra e reposição de materiais de treinamento físico-funcional foi contornada parcialmente com a venda de itens nos bazares das escolas de avós. A problemática dos métodos de divulgação capazes de atingir a comunidade alvo foi contornada com a divulgação em centros de saúde e redes sociais. A dificuldade de adesão dos idosos em decorrência de questões pessoais, climáticas, de transporte e acessibilidade também foi minimizada parcialmente com orientação e envolvimento de familiares e amigos dos idosos.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas possibilitaram a criação de espaços de consolidação das redes sociais de suporte dos idosos e da equipe e contribuiu notadamente para a formação dos estudantes, sensibilizando os envolvidos para as demandas de saúde e funcionais no envelhecimento, favorecendo a visão crítica de todos. O detalhamento da experiência desse projeto de extensão desperta possibilidades de implementação de ações voltadas para a promoção à saúde do idoso no meio acadêmico, alertando para a importância das parcerias interinstitucional e interprofissional, oportunizando a reprodução adaptada do modelo das atividades descritas por outros centros universitários ou por outros programas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALA, R. P. et al. Padrão de marcha, prevalência de quedas e medo de cair em idosas ativas e sedentárias. *Rev. Bras. Med. Esporte*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 26-30, 2017.

ACQUADRO C. et al. Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*, France, v. 67, n. 3, p. 536-540, 2006.

- ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 557-581, 2004.
- ASSIS, M. et al. Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 438-447, 2007.
- BISCARDE, D. G. S.; SANTOS, M. P.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface Comum. Saúde Educ.*, Botucatu, v. 18, n.48, p. 177-186, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília, 2018.
- CASEMIRO, F.G et al. Efeitos da educação em saúde em idosos com comprometimento cognitivo leve. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 801-810, 2018.
- CASSIANO, J. G. et al. Dança sênior: um recurso na intervenção terapêutico-ocupacional junto a idosos hígidos. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 204-212, 2009.
- DIAS, A. M.; SANDRI, J. A. V.; CUTOLO, L. R. A. Práticas curriculares referentes ao processo de envelhecimento humano no curso de Fisioterapia. *Saúde Transform. Soc.*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 67-71, 2012.
- FERREIRA, A. A.; MEZZAVILLA, R. S.; COSTAI, V. M. Health promotion in elderly people: an experience report in the central region of the city of Rio De Janeiro, Brazil. *MOJ Gerontol Ger.*, v. 1, n. 6, p. 184–187, 2017.
- FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.
- FERREIRA, V. F. et al. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-378, 2014.
- FESS, E.E. Grip strength. In: Casanova JS, editor. *Clinical assessment recommendations 2nd ed.* Chicago: American Society of Hand Therapists, 1992. p. 41–45.
- FRANÇA, C. J.; CARVALHO, V. C. H. S. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 932-948, 2017.
- FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*,

Baltimore, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

GAMA, H. S. et al. Exercícios de alongamento: prescrição e efeitos na função musculoesquelética de adultos e idosos. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 187-206, 2018.

GRAVE, M; ROCHA, C. F.; PÉRICO, E. A formação do profissional fisioterapeuta na atenção à saúde do idoso: uma revisão integrativa. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 9, n. 3, p. 371-382, 2012.

INTERNATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION-IOF. Switzerland. Disponível em: <www.iofbonehealth.org>. Acesso em: 12 jun. 2018.

LOPES, R. F et al. Promoção do envelhecimento ativo: relato de experiência. *Rev enferm UFPE*, Recife, v. 8, n. 3, p. 771-774, 2014.

MALLMANN, D. G. et al. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015.

MENDES, J. L. V. et. al. O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. *Rev. Educ. Meio Amb. Sau.*, Minas Gerais, v. 8, n. 1, 2018.

MENESES, K. V. P. et al. TO Clicando - inclusão social e digital de idosos. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 621-628, 2016.

NASCIMENTO, J. S; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 25, n. 2, e0360015, 2016.

OLIVEIRA, A. S. et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 637-645, 2014.

OLIVEIRA, E. M. et. al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF*, Itatiba, v. 20, n.1, p. 109-120, 2015.

OLIVEIRA, H. M. L. et al. Fisioterapia na prevenção de quedas em idosos: revisão de literatura. *Rev. Int. Est. Exp.*, Minas Gerais, v. 9, n. 1, p. 43-47, 2017.

OLIVEIRA, L. P. B. A, MENEZES M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 301-309, 2011.

PIVETTA, H.M.F. et al. Ensino, pesquisa e extensão universitária: em busca de uma integração efetiva. *Linhas Críticas*, Brasília, v. 16, n. 31, p. 377-390, 2010.

ROSÁRIO, J. L. R.; MARQUES, A. P.; MALUF, A. S. Aspectos clínicos do alongamento: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Fisioter.*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 83-88, 2004.

SANTOS, M. V. et al. Extensão universitária como campo de mudanças na formação em Saúde. *Rev. Ciênc. Ext.*, São Paulo, v.13, n.2, p.8-19, 2017.

SANTOS, S. L. F. et al. Relato de experiência sobre educação em saúde a idosos: percepção dos discentes. *Rev. APS*, Minas Gerais, v. 20, n.3, p. 450-455, 2017.

SCHMIDT, A. C. B.; SOUZA, J. M. *Efeitos de um circuito funcional na capacidade físico-funcional e no risco de quedas em idosos comunitários*. Trabalho de conclusão de Curso (Fisioterapia). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

STOPA, S. R. et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, e00198717, 2018.

TIEDEMANN, A; LORD, S. R.; SHERRINGTON, C. The development and validation of a brief performance-based fall risk assessment tool for use in primary care. *J Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, Australia, v. 65, n. 8, p. 896-903, 2010.

TOMICKI, C. et al. Efeito de um programa de exercícios físicos em idosos institucionalizados: ensaio clínico randomizado. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 473-482, 2016.

VENANCIO, R. C. P. et al. Efeitos da prática de Dança Sênior nos aspectos funcionais de adultos e idosos. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 668-679, 2018.

VICTOR, J. F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Rev Esc Enferm USP*, v. 21, n.4, p.724-730, 2007.

APÊNDICE A – Ficha de Avaliação de riscos em saúde

ESCOLA DE AVÓS

Avaliação breve do estado de saúde



MÊS () Janeiro (1) () Março (3) () Maio (5) () Julho (7) () Setembro (9) () Novembro (11)
2016 () Fevereiro (2) () Abril (4) () Junho (6) () Agosto (8) () Outubro (10) () Dezembro (12)

Centro de Saúde: _____

Nome (IDENTIDADE!): _____

Tel.: _____

Cel.: _____

Data de Nascimento (IDENTIDADE!): ____/____/____

Idade: _____ anos

Sexo () Feminino (1) () Masculino (2)

1) Já frequentou outras ESCOLAS DE AVÓS aqui nos bombeiros? () Não (1)
 () Sim (2)

2) De um modo geral você considera o seu próprio estado de saúde:

() Muito bom (1) () Bom (2) () Regular (3) () Ruim (4) () Muito ruim (5)

3) Frequenta o Centro de Saúde da sua área?

() Não (1) () Sim (2)

Faz parte de algum GRUPO no Centro de Saúde?

() PIS (Prática Integrativa de Saúde) (1)

() Não (1) () Sim (2). Qual? () Diabetes (2)

() Hipertensão (3)

4) Nas últimas semanas você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde?

(trabalhar, ir à igreja, encontrar com parentes e amigos, tarefas domésticas, fazer compras, etc.)

() Não (1) () Sim (2) Quantos dias você deixou de realizar suas atividades habituais? _____ dias

5) Qual o principal motivo que te impediu de realizar suas atividades habituais nas últimas semanas?

() Diarréia ou vômito (1) () Problemas Respiratórios (2) () Problema emocional ou mental (3)

() Problema odontológico (4) () Sofreu queda (5) () Problema no coração ou Pressão (6)

() Agressão (7) () Acidente de trânsito (8) () Gripe/resfriado/indisposição (9)

() Febre (10) () Dor na coluna, joelhos ou dificuldade de se locomover (11)

() Outros motivos (12). Informar qual: _____

(dor de cabeça, tontura, internação, infecção urinária)

6) Nas últimas 4 semanas esteve ACAMADO ? () Não (1) () Sim (2)

7) Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, costuma procurar:

() Centro de Saúde ou Posto (1) () Pronto Socorro ou () Ambulatório ou consultório do convênio

<input type="checkbox"/> Farmácia (4)	Emergência (2)	médico (3)
<input type="checkbox"/> Consultório particular (5)		

8) Na última vez que utilizou o sistema público de saúde, você considerou o atendimento:

Muito bom (1) Bom (2) Regular (3) Ruim (4) Muito Ruim (5)

9) Faz atividade física regularmente? (150 minutos por semana) Não (1) Sim (2)

10) Pressão arterial (medida casual): PA (_____ x _____ mmHg)

Tem diagnóstico anterior de hipertensão arterial? Não⁽¹⁾ Sim⁽²⁾ Se sim, usa regularmente os medicamentos? Não⁽¹⁾ Sim⁽²⁾

11) Glicemia capilar: (_____ mg/dl)

Tem diagnóstico anterior de diabetes? Não (1) Sim (2) Se sim, usa regularmente os medicamentos? Não (1) Sim (2)

12) Osteoporose

Você tem diagnóstico de Osteoporose? Não (1) Sim (2) Não sabe (3)
IOF – quantidade de fatores de risco: _____

13) Odontologia

Exame oral? Não (1) Sim (2)
Lesão suspeita na boca? Não (1) Sim (2)
Sabe higienizar a prótese? Não (1) Sim (2)
Última consulta odontológica: _____ meses

APÊNDICE B – Formulário de Avaliação de risco de queda

	GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	
---	--	---

PROJETO ESCOLA DE AVÓS E OFICINA DE QUEDAS – FICHA DE AVALIAÇÃO – DATA: ___/___/2017

DADOS PESSOAIS:				
Nome: _____				
Telefones: _____				
Sexo () Feminino (1) () Masculino (2)				
Data de Nascimento: ___/___/_____			Idade: _____ anos	
Escolaridade: _____ anos de estudo				
HÁBITOS DE VIDA:				
Prática de exercício regular (150 minutos) () não (1) () sim (2) Tipo: _____				
DADOS CLÍNICOS:				
Condições Clínicas - diagnosticadas:				
Osteoporose	() não (1)	() sim (2)	Tem densitometria óssea em casa?	() não (1) () sim (2)
Osteoartrose	() não (1)	() sim (2)		

FATOR	AVALIAÇÃO		FATOR DE RISCO?	
			NÃO (1)	SIM (2)
QUEDA	Você teve uma ou mais quedas nos últimos 12 meses?	QUANTIDADE? _____ LOCAL: () domicílio (1) () fora do domicílio (2) () no domicílio e fora do domicílio (3)	NÃO (1)	SIM (2)
MEDICAÇÃO	Quatro ou mais (excluindo vitaminas e suplementos alimentares)	QUANTIDADE: _____	NÃO (1)	SIM (2)
	Algum psicotrópico (uso de qualquer droga psicotrópica)	PSICOTRÓPICO:	NÃO (1)	SIM (2)
MASSA CORPORAL:	_____ kg	Classificação OMS: () < 16 - Magreza Grave (1) () 16 – 16,99 - Magreza Moderada (2) () 17 – 18,49 - Magreza Leve (3) () 18,5 – 24,99 – Eutrofia (4) () 25 – 29,99 - Pré-obesidade (5) () 30 – 34,99 - Obesidade Classe I (6) () 35 – 39,99 - Obesidade Classe II (7) () >= 40 - Obesidade Classe III (8)		
ESTATURA:	_____ m			
IMC:	_____ Kg/m ²			
FATOR	AVALIAÇÃO		PRESENÇA DO FATOR DE RISCO (X)	
			NÃO (1)	SIM (2)
VISÃO	Teste de acuidade visual – incapaz de ler tudo até 5ª. Linha		NÃO (1)	SIM (2)

SENSAÇÃO PERIFÉRICA	Teste de sensibilidade tátil – incapaz de sentir 2 de 3 estímulos aplicados	NÃO (1)	SIM (2)
FORÇA/ TEMPO DE REAÇÃO/ EQUILÍBRIO	Teste de semitandem – incapaz de permanecer por 10 segundos	NÃO (1)	SIM (2)
	Teste de Step alternado – incapaz de completar em 10 segundos	NÃO (1)	SIM (2)
	Teste de sentado para de pé – incapaz de completar em 12 segundos	NÃO (1)	SIM (2)
TOTAL DE FATORES DE RISCO QUICKSCREEN			

SPPB			
Teste	Comando	Pontuação	
1A. Posição em pé com os pés juntos	 Posicionar o paciente. “Preparar, já”. “Pronto, acabou”	Manteve por 10 s	() 1 ponto
		Não manteve por 10s	() 0 ponto
		Não tentou	() 0 ponto
		Tempo de execução quando for menor que 10 s	_____ s
1B. Posição em pé com um pé parcialmente à frente do outro (semitandem)	 Posicionar o paciente. “Preparar, já”. “Pronto, acabou”	Manteve por 10 s	() 1 ponto
		Não manteve por 10s	() 0 ponto
		Não tentou	() 0 ponto
		Tempo de execução quando for menor que 10 s	_____ s
1C. Posição em pé com um pé à frente do outro (tandem)	 Posicionar o paciente. “Preparar, já”. “Pronto, acabou”	Manteve por 10 s	() 2 pontos
		Manteve por 3 a 9,99s	() 1 ponto
		Manteve por menos de 3 s	() 0 ponto
		Não tentou	() 0 ponto
		Tempo de execução quando for menor que 10 s	_____ s
PONTUAÇÃO TOTAL DOS TESTES DE EQUILÍBRIO:			
2. Teste de velocidade de marcha (3 metros)	Explique o teste. “Preparar, já”. Pare após um dos pés ultrapassar a linha final.	Tempo da primeira tentativa	_____ s
		Tempo da segunda tentativa	_____ s
		Não conseguiu realizar a caminhada	() 0 ponto
		Tempo maior que 6,52 s	() 1 ponto
		Tempo de 4,66 a 6,52 s	() 2 pontos
		Tempo de 3,62 a 4,65 s	() 3 pontos
		Tempo menor que 3,62 s	() 4 pontos
3. Teste de levantar e sentar da cadeira 1 vez	Levante-se completamente.	Levantou sem ajuda e com segurança	() Sim () Não
		O paciente usou os braços para levantar	() 0 ponto
		Teste não completado ou não realizado	() 0 ponto
Levantar e sentar da cadeira 5 vezes	Preparar, já.	Registre o tempo:	_____ s
		Não conseguiu levantar-se 5 vezes ou completou o teste em tempo > 60s	() 0 ponto
		Tempo de 16,70 s ou mais	() 1 ponto
		Tempo de 13,70 a 16,69 s	() 2 pontos
		Tempo de 11,20 a 13,69	() 3 pontos
		Tempo de 11,19 s ou menos	() 4 pontos
PONTUAÇÃO		Pontuação total do teste de equilíbrio:	
		Pontuação do teste de velocidade de marcha:	
		Pontuação do teste de levantar e sentar	
		Pontuação total	

FORÇA DE PRENSÃO PALMAR – Membro superior dominante			
1ª. medida	_____ Kgf	2ª. Medida	_____ Kgf
3ª. Medida	_____ Kgf		

MÉDIA DA FPP: _____ Kgf	HOMENS –	IMC ≤ 24 IMC = 24,1-26	FPP > 29 FPP > 30	IMC = 26,1-28 IMC > 28	FPP > 30 FPP > 32
	MULHERES –	IMC ≤ 23 IMC = 23,1-26	FPP > 17 FPP > 17,3	IMC = 26,1-29 IMC > 29	FPP > 18 FPP > 21

NOME: _____

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA (AAVDS)

Circule o item correspondente para cada questão:

AAVD	Frequência		
	Nunca Fiz	Parei de fazer	Ainda faço
1. Fazer visitas	1	2	3
2. Receber visitas	1	2	3
3. Ir à igreja	1	2	3
4. Ir a reuniões sociais	1	2	3
5. Ir a eventos culturais	1	2	3
6. Guiar automóvel	1	2	3
7. Fazer viagens de um dia para locais próximos	1	2	3
8. Fazer viagens de maior duração para lugares mais distantes	1	2	3
9. Desempenhar trabalho voluntário	1	2	3
10. Desempenhar trabalho remunerado	1	2	3
11. Participar de diretorias	1	2	3
12. Participar de universidades da terceira idade	1	2	3
13. Participar de grupos de convivência	1	2	3
TOTAL			

REUBEN, D. B.; LALIBERTE, L.; HIRIS, J.; MOR, V. A hierarquical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (AADL) level. *Journal American Geriatric Society*, v. 38, p. 855-861, 1990