



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Departamento de Ciências da Saúde
Curso de Fisioterapia
Laboratório de Avaliação e Reabilitação do Equilíbrio (L.A.R.E.)



PROJETO DE PESQUISA

Efeitos de uma intervenção educativa sobre riscos domiciliares para quedas e comportamentos relacionados à saúde em indivíduos com 50 anos ou mais da comunidade: ensaio clínico randomizado com componente qualitativo

Candidata: Milleny Modolo Carvalho

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Cristina Carvalho de Abreu

Colaboradores: Ester da Silva Estevam, candidata a aluna de doutorado direto
Débora Sayuri Hoshino Wakano, aluna de iniciação científica
Beatriz Pulicano Neves, aluna de iniciação científica
Maria Beatriz Costa Deléo, aluna de iniciação científica

Ribeirão Preto, SP

2026

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional aumenta a ocorrência de doenças crônicas, declínio funcional e risco de quedas, evento multifatorial que compromete a independência e a qualidade de vida. Fatores modificáveis, como inatividade física, comportamento sedentário e riscos domiciliares, contribuem para sua ocorrência. Embora intervenções preventivas integrem estratégias comportamentais, físicas e educativas, sua efetividade pode ser influenciada pelo letramento em saúde, ainda pouco investigado como moderador dessas respostas. **Objetivos:** Comparar a mudança no risco domiciliar para quedas entre indivíduos ≥ 50 anos alocados à intervenção ativa ou passiva, da linha de base até 30 dias. Secundariamente, comparar mudanças em atividade física, comportamento sedentário, letramento em saúde, autoeficácia, sono e estado nutricional; investigar o letramento em saúde basal como moderador da resposta; e compreender percepções, barreiras e facilitadores da adesão às orientações educativas. **Métodos:** Estudo de métodos mistos, incluindo um ensaio clínico randomizado, controlado, com seguimento de 30 dias, e um componente qualitativo exploratório. Serão incluídos indivíduos ≥ 50 anos, residentes na comunidade, sem histórico de quedas nos últimos 24 meses. As avaliações ocorrerão no baseline e após 30 dias, incluindo questionários sociodemográficos, letramento em saúde, nível de atividade física, qualidade do sono, perfil nutricional, autoeficácia e avaliação ambiental domiciliar, avaliado pelo HOME FAST-Brazil. O nível de atividade física e comportamento sedentário serão avaliados pelo uso de acelerômetro e a análise de composição corporal pela bioimpedância. Os participantes elegíveis serão randomizados em grupo intervenção passiva (controle), que receberá uma cartilha com orientações sobre prevenção de quedas e hábitos saudáveis, e grupo intervenção ativa, que receberá a mesma cartilha associada a palestras educativas estruturadas e presenciais. As orientações abordarão atividade física, redução do comportamento sedentário e adaptação domiciliar. Após 30 dias, os participantes serão reavaliados e será realizado grupo focal para explorar percepções, barreiras e facilitadores da adesão. Os dados quantitativos serão analisados por estatística descritiva e inferencial, incluindo modelos de efeito da intervenção e moderação pelo letramento em saúde. Os dados qualitativos serão submetidos à análise de conteúdo temática, com integração dos achados. **Resultados esperados:** Espera-se que a intervenção ativa promova maior redução do risco domiciliar para quedas, avaliado pelo HOME FAST-Brazil, em comparação à intervenção impressa após 30 dias. Secundariamente, espera-se melhora em atividade física, comportamento sedentário, letramento em saúde, autoeficácia, sono e estado nutricional, com efeitos mais expressivos no grupo presencial. Espera-se ainda que o letramento em saúde basal modere a resposta à intervenção e que o componente qualitativo identifique percepções, barreiras e facilitadores para a adesão às recomendações. Os achados poderão subsidiar estratégias preventivas precoces e aplicáveis à atenção primária e à comunidade.

Palavras chave: quedas, envelhecimento, letramento em Saúde, Comportamento Sedentário, Intervenção Educativa.

Abstract

Introduction: Population aging increases the occurrence of chronic diseases, functional decline, and the risk of falls, a multifactorial event that compromises independence and quality of life. Modifiable factors, such as physical inactivity, sedentary behavior, and household risks, contribute to its occurrence. Although preventive interventions integrate behavioral, physical, and educational strategies, their effectiveness can be influenced by health literacy, which is still under-investigated as a moderator of these responses. **Objectives:** To compare the change in household risk for falls between individuals ≥ 50 years allocated to active or passive intervention, from baseline to 30 days. Secondly, to compare changes in physical activity, sedentary behavior, health literacy, self-efficacy, sleep, and nutritional status; to investigate baseline health literacy as a moderator of the response; and to understand perceptions, barriers, and facilitators of adherence to educational guidelines. **Methods:** Mixed methods study, including a randomized, controlled clinical trial with 30-day follow-up and an exploratory qualitative component. Individuals ≥ 50 years old, community-dwelling, with no history of falls in the last 24 months will be included. Assessments will occur at baseline and after 30 days, including sociodemographic questionnaires, health literacy, physical activity level, sleep quality, nutritional profile, self-efficacy, and home environmental assessment, evaluated by HOME FAST-Brazil. Physical activity level and sedentary behavior will be assessed using an accelerometer, and body composition analysis will be performed using bioimpedance. Eligible participants will be randomized into a passive intervention group (control), which will receive a booklet with guidelines on fall prevention and healthy habits, and an active intervention group, which will receive the same booklet plus structured, in-person educational lectures. The guidelines will address physical activity, reduction of sedentary behavior, and home adaptation. After 30 days, participants will be reassessed, and a focus group will be conducted to explore perceptions, barriers, and facilitators of adherence. Quantitative data will be analyzed using descriptive and inferential statistics, including intervention effect models and moderation by health literacy. Qualitative data will be subjected to thematic content analysis, with integration of findings. **Expected results:** The active intervention is expected to promote a greater reduction in the home risk of falls, as assessed by HOME FAST-Brazil, compared to the printed intervention after 30 days. Secondly, improvements are expected in physical activity, sedentary behavior, health literacy, self-efficacy, sleep, and nutritional status, with more significant effects in the in-person group. It is also expected that baseline health literacy will moderate the response to the intervention and that the qualitative component will identify perceptions, barriers, and facilitators for adherence to recommendations. The findings may support early preventive strategies applicable to primary care and the community.

Keywords: falls, aging, health literacy, sedentary behavior, educational intervention.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida, aliado à diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, tem contribuído para o envelhecimento populacional, uma das principais transformações demográficas do século XXI (Sardareh et al, 2024). No Brasil, o processo de envelhecimento populacional também pode ser observado pelo aumento da expectativa de vida, que atingiu 76,4 anos em 2023, ultrapassando os índices registrados antes da pandemia (IBGE, 2023). Entretanto, o aumento da longevidade não necessariamente tem sido acompanhado por um aumento proporcional dos anos vividos com saúde. De acordo com o Global Burden of Disease Study 2021, embora a expectativa de vida saudável ao nascer tenha aumentado globalmente entre 2010 e 2021, esse ganho foi discreto, passando de 61,3 para 62,2 anos (GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators, 2024). Embora esse cenário represente um avanço nas condições de vida e saúde da população, ele também traz desafios significativos para os sistemas de saúde e para a sociedade. O aumento da longevidade está relacionado a uma maior ocorrência de doenças crônicas, multimorbidade e declínio funcional, fatores que podem comprometer a independência e a qualidade de vida durante o envelhecimento (Hoffman et al., 2024).

Nesse contexto, hábitos de vida não saudáveis, como baixa qualidade da dieta, inatividade física e comportamento sedentário, têm sido amplamente reconhecidos como fatores modificáveis associados ao desenvolvimento de fragilidade e multimorbidade em pessoas com 50 anos ou mais (Liu et al., 2026; Yang et al., 2024). A prática regular de atividade física, por sua vez, está associada à redução do risco de mortalidade e à menor incidência de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e alguns tipos de câncer, além de benefícios significativos sobre a saúde mental e cognição (Pedersen et al., 2015; Izquierdo et al., 2020; Zhao et al., 2020). Em contraste, o comportamento sedentário, caracterizado por baixo gasto energético, tem sido reconhecido como um fator de risco independente para desfechos adversos à saúde, incluindo perda de massa e força muscular, piora do controle postural e aumento do risco de quedas (Tremblay et al., 2017; Meneguci et al., 2015).

As quedas representam um dos principais eventos adversos na população com 50 anos ou mais, sendo associadas à perda de independência funcional e redução da qualidade de vida (PEETERS et al., 2019). As quedas em pessoas idosas possuem etiologia multifatorial, envolvendo fatores intrínsecos, como alterações visuais, uso de medicamentos psicoativos, comprometimento do equilíbrio, fragilidade e comorbidades, e fatores extrínsecos relacionados ao ambiente domiciliar e comportamentos de risco. (Colón-Emeric et al., 2024).

Adicionalmente, o ambiente domiciliar exerce papel relevante na ocorrência de quedas, especialmente quando associado a limitações funcionais (LI et al., 2023). Nesse sentido, instrumentos como o Home Falls and Accidents Screening Tool (Home FAST-Brazil) têm sido utilizados para identificar riscos ambientais modificáveis e subsidiar estratégias preventivas direcionadas (Mantovani et al., 2017). Entre os fatores extrínsecos relacionados às quedas, destacam-se as características do ambiente construído, sobretudo em áreas como escadas e banheiros, que apresentam maior associação com a ocorrência de quedas em pessoas idosas, evidenciando a importante contribuição do ambiente físico para esse desfecho (Edwards et al., 2019).

Além disso, evidências sugerem que intervenções eficazes para prevenção de quedas devem integrar múltiplos componentes, incluindo modificação ambiental, promoção de atividade física com foco em força e equilíbrio e redução do comportamento sedentário (Sherrington et al., 2020; Ganz; Latham, 2020). Nesse cenário, a educação em saúde assume um papel estratégico primordial, atuando como ferramenta de empoderamento e fator determinante para a adesão do idoso às estratégias preventivas (Almas et al., 2025; Ximenes et al., 2021). No entanto, a literatura adverte que estratégias educativas isoladas possuem efetividade clínica limitada na redução direta de taxas de quedas, fraturas ou hospitalizações, sendo fundamental que as orientações sejam personalizadas e considerem o nível de letramento em saúde para garantir a compreensão e aplicação das informações (ALMAS et al., 2025; Ximenes et al., 2021)

Desta forma, o letramento em saúde emerge como um determinante para a adoção de comportamentos saudáveis, influenciando diretamente a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e utilizar informações em saúde (Nutbeam, 2000). Níveis inadequados de letramento em saúde estão associados à menor adesão a recomendações preventivas e pior compreensão de orientações educativas, especialmente em populações mais vulneráveis (Berkman et al., 2011). Apesar disso, ainda há lacunas na literatura quanto ao papel do letramento em saúde como fator moderador da efetividade de intervenções educativas voltadas à prevenção de quedas.

Considerando que o nível socioeconômico e cultural do brasileiro é muito heterogêneo, entender o papel do letramento em saúde para compreensão dos benefícios da adoção de bons hábitos de vida e a sua adesão é importante para nortear ações de educação em saúde mais inclusivas.

Objetivo geral

Avaliar os efeitos de uma intervenção ativa, composta por cartilha educativa associada a palestras estruturadas, em comparação a uma intervenção passiva, composta apenas pela cartilha educativa, na modificação de comportamentos relacionados à saúde e na redução de riscos domiciliares para quedas em indivíduos com 50 anos ou mais residentes na comunidade, após 30 dias de seguimento.

Objetivo primário

Comparar a mudança no risco domiciliar para quedas, avaliado pelo escore total do HOME FAST-Brazil, entre indivíduos alocados à intervenção ativa e à intervenção passiva, da linha de base até 30 dias após a intervenção.

Objetivos secundários

- Comparar, entre os grupos, as mudanças no nível de atividade física e no comportamento sedentário, avaliados por acelerometria e por questionários autorreferidos, entre a linha de base e 30 dias após a intervenção.
- Comparar, entre os grupos, as mudanças no letramento em saúde, avaliado pelo HLS-EU-BR16, entre a linha de base e 30 dias após a intervenção.
- Comparar, entre os grupos, as mudanças na autoeficácia, avaliada por meio da General Self-Efficacy Scale, entre a linha de base e 30 dias após a intervenção.
- Comparar, entre os grupos, as mudanças em desfechos exploratórios relacionados à saúde, incluindo qualidade do sono e estado nutricional, entre a linha de base e 30 dias após a intervenção.
- Investigar se o nível de letramento em saúde na linha de base modera o efeito da intervenção educativa sobre o risco domiciliar para quedas e sobre os principais desfechos comportamentais.
- Compreender, por meio de abordagem qualitativa, as percepções, barreiras e facilitadores relacionados à adoção das orientações educativas, considerando o grupo de alocação e diferentes níveis de letramento em saúde.

Hipótese primária

A intervenção ativa (cartilha educativa + palestras estruturadas), promoverá maior redução no risco domiciliar para quedas, avaliado pelo escore total do HOME FAST-Brazil, em

comparação à intervenção passiva, composta apenas por cartilha educativa, após 30 dias de seguimento.

Hipóteses secundárias

- A intervenção ativa promoverá maior aumento do nível de atividade física e maior redução do comportamento sedentário, avaliados por acelerometria e questionários autorreferidos, em comparação à intervenção passiva, após 30 dias de seguimento.
- A intervenção ativa promoverá maior melhora nos escores de letramento em saúde, avaliados pelo HLS-EU-BR-16, em comparação à intervenção educativa impressa, após 30 dias de seguimento.
- A intervenção ativa promoverá maior melhora na autoeficácia geral, em comparação à intervenção educativa impressa, após 30 dias de seguimento.
- O nível de letramento em saúde na linha de base moderará o efeito da intervenção educativa sobre o risco domiciliar para quedas e sobre os principais desfechos comportamentais, de modo que participantes com menor letramento em saúde apresentarão maior benefício incremental da intervenção presencial em comparação à intervenção impressa.
- Na etapa qualitativa, espera-se que os participantes identifiquem barreiras e facilitadores para a adoção das orientações educativas, incluindo fatores relacionados à compreensão das informações, percepção de risco, apoio social, condições ambientais domiciliares e viabilidade de mudança dos hábitos cotidianos.

JUSTIFICATIVA

As quedas representam um importante problema de saúde pública entre adultos em processo de envelhecimento e em pessoas idosas, devido à sua associação com perda de independência, limitação funcional, medo de cair, redução da participação social, aumento da demanda por serviços de saúde e piora da qualidade de vida. Embora sua ocorrência seja multifatorial, parte dos fatores associados às quedas é potencialmente modificável, incluindo riscos ambientais domiciliares, baixos níveis de atividade física, elevado comportamento sedentário e dificuldades na adoção de comportamentos preventivos.

Nesse contexto, intervenções educativas podem contribuir para a prevenção de quedas ao favorecer o reconhecimento de riscos no ambiente domiciliar, estimular mudanças de hábitos e apoiar decisões mais seguras no cotidiano. Entretanto, a simples disponibilização de

material informativo pode não ser suficiente para produzir mudanças comportamentais, especialmente quando os indivíduos apresentam diferentes níveis de compreensão, acesso, avaliação e aplicação das informações em saúde. Assim, estratégias educativas mais ativas, interativas e estruturadas podem ampliar a compreensão das orientações e favorecer sua incorporação na rotina.

O letramento em saúde constitui um fator relevante nesse processo, pois influencia a capacidade do indivíduo de compreender recomendações, avaliar riscos, tomar decisões e aplicar informações relacionadas à prevenção de quedas e à promoção da saúde. Apesar de sua importância, ainda são escassos estudos experimentais que avaliem se o letramento em saúde modifica a resposta a intervenções educativas voltadas à redução de riscos domiciliares e comportamentos associados a quedas em indivíduos com 50 anos ou mais residentes na comunidade.

Além disso, grande parte das evidências disponíveis sobre letramento em saúde, atividade física, comportamento sedentário e risco de quedas é observacional, o que limita a compreensão sobre o efeito de intervenções educativas estruturadas nesses desfechos. Também permanecem pouco exploradas as razões pelas quais os participantes aderem ou não às recomendações recebidas, especialmente em contextos sociais e educacionais heterogêneos, como o brasileiro.

Dessa forma, o presente estudo se justifica por propor um ensaio clínico randomizado que comparará uma intervenção ativa, composta por cartilha associada a palestras estruturadas, com uma intervenção passiva, composta apenas por cartilha, sobre riscos domiciliares para quedas e comportamentos relacionados à saúde. A inclusão de um componente qualitativo permitirá aprofundar a compreensão sobre barreiras e facilitadores percebidos pelos participantes, contribuindo para interpretar os achados quantitativos e aprimorar futuras estratégias de educação em saúde.

MÉTODOS

Desenho do estudo

O presente estudo caracteriza-se como um estudo de métodos mistos, com delineamento quantitativo dominante e componente qualitativo exploratório. O componente quantitativo será conduzido por meio de um ensaio clínico randomizado e controlado, destinado a avaliar o efeito de uma intervenção educativa sobre o risco domiciliar para quedas e outros desfechos relacionados à saúde e ao comportamento. O componente qualitativo será

realizado por meio de rodas de conversa, com o objetivo de aprofundar e explicar os achados quantitativos, especialmente quanto ao papel do letramento em saúde na resposta à intervenção.

O ensaio clínico randomizado e controlado (ECRc) constituirá o componente primário do estudo. Os participantes serão alocados em dois grupos: intervenção passiva, com entrega de cartilha, e intervenção ativa, composta pela mesma cartilha associada a palestras educativas. O componente quantitativo avaliará, ao longo de um mês, desfechos relacionados ao risco domiciliar para quedas, letramento em saúde, nível de atividade física, comportamento sedentário, autoeficácia, funcionalidade e outros indicadores de saúde.

O componente qualitativo, de natureza descritiva e explanatória, será realizado após a finalização do acompanhamento, por meio de rodas de conversa, essa etapa buscará compreender, de forma aprofundada, as percepções, barreiras e facilitadores relacionados à adoção das orientações educativas e à mudança de hábitos de vida e comportamentos de risco. A abordagem qualitativa permitirá captar fatores contextuais e subjetivos que podem influenciar a adesão, a motivação e a resposta à intervenção.

Para garantir a transparência e o rigor metodológico, o estudo seguirá as recomendações da diretriz internacional CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) para a etapa quantitativa, que estabelece um checklist e um fluxograma padronizado para o relato de ensaios clínicos randomizados, contribuindo para a descrição clara de procedimentos como randomização, cegamento, fluxos de participantes, desfechos e análise estatística, além de reduzir vieses e favorecer a reprodutibilidade dos resultados.

Para a etapa qualitativa, serão seguidas as diretrizes do Standards for Reporting Qualitative Research (O'BRIEN et al., 2014), que orientam a condução e a descrição de estudos qualitativos em saúde, contemplando aspectos relacionados ao delineamento metodológico, seleção dos participantes, coleta e análise dos dados, rigor científico e transparência na apresentação dos resultados.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMRP-USP (CAAE: 97560826.9.0000.5440) e será registrado na Plataforma Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), por se tratar de um ensaio clínico randomizado, o que permite a divulgação pública prévia do protocolo, assegura maior transparência, evita duplicidade de estudos e contribui para a credibilidade e reprodutibilidade dos resultados.

Amostra

As avaliações e as coletas de dados ocorrerão em dois momentos distintos: linha de base (T0) e após 30 dias (T1). Os voluntários serão recrutados por meio de panfleto de

divulgação (APÊNDICE 1), entregues em locais públicos como shoppings, parques e feiras livres e em redes sociais (grupos de whatsapp, Instagram) e jornais e revistas de circulação pública e mutirões.

Os critérios de inclusão para participação da pesquisa serão: (1) ter idade de 50 anos ou mais; (2) deambulação independente; (3) aptos a compreender e responder aos instrumentos de avaliação; e (4) que concordarem em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Já os critérios de exclusão serão: (1) provável declínio cognitivo identificado pelo questionário 10-point Cognitive Screening (10-CS)(≤ 5 pontos), (Apolinário et al., 2016); (2) indivíduos com escore ≥ 12 pontos na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), indicativo de depressão grave (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999); (3) histórico de quedas nos 24 meses anteriores a participação na pesquisa; (5) presença de doenças cardíacas, respiratórias, metabólicas ou neurológicas graves ou descompensadas; (5) limitações sensoriais não corrigidas (visuais ou auditivas) que impossibilitem a participação nas oficinas educativas ou o preenchimento dos diários e escalas propostas. A exclusão de indivíduos com histórico recente de quedas visa minimizar o viés de comportamento compensatório.

O 10-CS é um teste ultra-rápido de rastreio cognitivo, de fácil aplicação, composto por três itens: orientação temporal, fluência verbal e memória/evocação. O teste possui ajustes para baixa escolaridade, por isso, pode ser utilizado amplamente. O escore máximo é 10 pontos (ANEXO 1). O teste avalia a cognição da pessoa idosa em normal (maior ou igual a 8 pontos); comprometimento cognitivo possível (6 a 7 pontos) ou comprometimento cognitivo provável (menor ou igual a 5 pontos). O ajuste para escolaridade é feito da seguinte forma: sem escolaridade - somar 2 pontos na pontuação final; de um a três anos de escolaridade: somar 1 ponto. Serão excluídas as pessoas idosas que tiverem ≤ 5 pontos.

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (ANEXO 2) é um instrumento utilizado para identificar sintomas depressivos em idosos. A versão curta é composta por 15 itens, com escore total variando de 0 a 15 pontos. A classificação é realizada da seguinte forma: 0–4 pontos (normal), 5–8 pontos (depressão leve), 9–11 pontos (depressão moderada) e 12–15 pontos (depressão grave)(Almeida et al, 1999).

O tamanho amostral foi estimado com base no desfecho primário. Adotando-se nível de significância de 5% (bicaudal) e poder estatístico de 80%, estimou-se necessidade mínima de aproximadamente 37 participantes por grupo. Considerando a taxa de perdas estimada em 15%, o tamanho amostral foi ajustado para 44 participantes por grupo, totalizando 88 participantes.

Aspectos éticos

Os indivíduos participantes serão abordados individualmente e, após esclarecimento detalhado sobre a natureza, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, receberão e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, permanecendo com uma delas (APÊNDICE 2). Será garantido que a participação é voluntária, podendo o indivíduo desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao seu atendimento, acompanhamento em saúde ou vínculo com a instituição.

Todos os participantes receberão informações claras e acessíveis sobre as etapas da pesquisa antes da assinatura do TCLE. O sigilo e a confidencialidade dos dados serão assegurados, sendo os participantes identificados por códigos alfanuméricos e os dados armazenados de forma segura, com acesso restrito aos pesquisadores responsáveis.

O presente estudo será iniciado somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP). O estudo seguirá os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o respeito à autonomia, à dignidade e aos direitos dos participantes.

Os participantes que forem incluídos na etapa do Ensaio Clínico Randomizado assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para a fase interventiva. O acesso aos materiais educativos, oficinas e demais atividades da intervenção ocorrerá somente após a assinatura do respectivo termo de consentimento.

Riscos da participação na pesquisa

Os riscos relacionados à participação nesta pesquisa são considerados mínimos, uma vez que a metodologia envolve a aplicação de questionários, avaliação por bioimpedância e intervenção educativa, sem procedimentos de alto risco físico.

Entretanto, a extensão da bateria de questionários pode ocasionar fadiga cognitiva ou desconforto emocional ao abordar temas sensíveis, como renda e multimorbidades. A avaliação por bioimpedância requer jejum prévio de aproximadamente 4 horas, o que pode gerar leve desconforto durante esse período. Além disso, o uso do acelerômetro pode gerar leve desconforto ou incômodo durante o período de monitoramento. Todos os procedimentos serão

conduzidos conforme protocolos de segurança, e os participantes poderão interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Benefícios da participação na pesquisa

O presente estudo possui relevância científica e social no contexto da saúde pública brasileira, ao investigar, por meio de um ensaio clínico randomizado e controlado, os efeitos de diferentes estratégias educativas sobre fatores modificáveis associados ao risco de quedas em idosos residentes na comunidade.

Espera-se que os resultados contribuam para avaliar a eficácia comparativa de uma intervenção ativa, composta por cartilha e palestras educativas, em relação a uma intervenção passiva, composta apenas pela cartilha. Essa comparação permitirá verificar se a abordagem presencial promove mudanças mais expressivas no risco domiciliar para quedas, nos hábitos de vida, no nível de atividade física, no comportamento sedentário e em outros desfechos relacionados à saúde.

Além disso, os achados poderão nortear o desenvolvimento de estratégias mais efetivas de educação em saúde voltadas à população idosa, especialmente no âmbito da atenção primária e de ações comunitárias. Ao investigar o papel do letramento em saúde como possível moderador da resposta à intervenção, o estudo poderá contribuir para compreender a importância de adequar a linguagem, o formato e a complexidade das orientações educativas ao nível de letramento dos participantes, favorecendo maior compreensão, adesão e incorporação das recomendações no cotidiano.

Como benefício direto, ao final das avaliações, os participantes receberão um relatório individualizado com os resultados da avaliação do letramento em saúde e do risco domiciliar para quedas, mensurado pelo HOME FAST-Brazil. Todos os participantes também receberão uma cartilha educativa com orientações para prevenção de quedas, promoção de hábitos saudáveis e envelhecimento ativo.

Caso as avaliações indiquem necessidade de acompanhamento ou reabilitação, o participante será orientado e encaminhado ao Ambulatório de Equilíbrio do Centro de Reabilitação (CER) – HC Campus, sob supervisão da Profa. Dra. Daniela Cristina Carvalho de Abreu, garantindo o cuidado ético, responsável e integral ao participante.

Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra e a avaliação das variáveis de desfecho secundário serão obtidas na linha de base (T0) sendo repetidas após 1 mês (T1), por meio de entrevista e aplicação de questionários padronizados e avaliações específicas.

Randomização

Após a conclusão da avaliação basal, os participantes elegíveis serão randomizados em razão 1:1 para o grupo intervenção ativa ou para o grupo passiva. A sequência de randomização será gerada por computador. Após a geração da sequência na proporção 1:1 entre os grupos, a randomização será realizada pelo software REDcap, por um pesquisador independente, o qual preparará envelopes opacos, numerados sequencialmente, lacrados e invioláveis, contendo a alocação correspondente a cada posição da sequência. Os envelopes serão abertos em ordem numérica crescente, somente após a conclusão da avaliação basal e confirmação da elegibilidade do participante. Esse procedimento visa garantir o sigilo da alocação e reduzir o risco de previsão do grupo designado.

O avaliador responsável pela coleta dos desfechos permanecerá cego quanto ao grupo de alocação.

Procedimentos

As avaliações serão realizadas no Laboratório de Avaliação e Reabilitação do Equilíbrio (L.A.R.E.) da FMRP-USP.

Avaliação Inicial (T0)

A avaliação inicial será dividida em dois momentos:

Parte 1 (T0P1):

Primeiramente, será realizada a caracterização completa da amostra por meio de entrevista guiada e do questionário semiestruturado (Apêndice 3). Esta etapa permitirá a coleta de dados sociodemográficos, como renda e escolaridade, além de informações sobre rede de apoio e condições de saúde geral, incluindo presença de multimorbidades, uso de medicamentos, presença de dor e aspectos da dieta. Também serão obtidos dados de composição corporal por bioimpedância elétrica e de nível de atividade física e comportamento sedentário por acelerometria, possibilitando uma análise integrada dos perfis clínico, funcional e comportamental dos participantes.

O letramento em saúde será avaliado pelo European Health Literacy Questionnaire – versão brasileira reduzida (HLS-EU-BR16) (ANEXO 3), instrumento multidimensional

derivado do HLS-EU-Q47, utilizado para mensurar as habilidades de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações em saúde nos domínios do cuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde. O instrumento contém 16 itens com respostas em escala Likert de “muito difícil” a “muito fácil”, apresentando adequada consistência interna e propriedades psicométricas satisfatórias (Sørensen et al., 2012; Pedro et al., 2023). A pontuação total varia de 0 a 16 pontos, sendo classificada em três níveis: 0–8 pontos, letramento em saúde inadequado; 9–12 pontos, letramento em saúde problemático; e 13–16 pontos, letramento em saúde suficiente/adequado (Pedro et al., 2023).

A avaliação dos riscos ambientais será conduzida por meio do Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)(ANEXO 4). O instrumento é composto por 25 itens que avaliam diferentes domínios do ambiente domiciliar, como pisos, iluminação, escadas, banheiro, cozinha, quarto e áreas externas. Cada item é pontuado de forma binária, de acordo com a presença ou ausência de um perigo ambiental, permitindo a obtenção de uma medida contínua do risco extrínseco de quedas. Estudos indicam que pontuações iguais ou superiores a 9 são indicativas de risco elevado para a ocorrência de quedas, sendo o HOME FAST útil tanto para quantificar o risco quanto para identificar perigos específicos que podem ser alvo de modificações ambientais ou ajustes no comportamento do indivíduo dentro de casa (Mackenzie et al., 2000; Mackenzie & Byles, 2002)

Para avaliação do nível de atividade física habitual, serão utilizados o LASA Sedentary Behaviour Questionnaire (LASA-SBQ) (ANEXO 5) e o Incidental and Planned Exercise Questionnaire – Walking (IPEQ- W). O LASA-SBQ é um instrumento autorreferido composto por 10 itens, que mensura o tempo despendido em atividades realizadas na posição sentada ou deitada, como assistir televisão, uso de computador, transporte, leitura e cochilos, considerando dias úteis e finais de semana. O escore final é expresso em tempo total sedentário (minutos ou horas por dia), obtido pela soma do tempo relatado em cada atividade, sendo que valores mais elevados indicam maior nível de comportamento sedentário (Hélio Junior et al, 2016). O IPEQ-W (ANEXO 6) avalia a prática de caminhadas planejadas e incidentais no último mês, considerando frequência (dias/semana) e duração (minutos/dia). O escore é expresso em minutos totais de caminhada por semana, obtido pela multiplicação da frequência pela duração média relatada. Valores mais elevados indicam maior nível de atividade física relacionada à caminhada (Lima et al., 2020).

A avaliação do perfil de sono será realizada de forma multidimensional, integrando a análise da qualidade do sono, sonolência e sintomas clínicos. Para tanto, serão aplicados: o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)(ANEXO 7), que mensura a qualidade

subjetiva do sono no último mês, sendo que pontuações mais altas indicam pior qualidade do sono e maior probabilidade de distúrbios (Bertolazi et al., 2011); a Escala de Sonolência de Epworth (ESS)(ANEXO 8), utilizada para quantificar a propensão à sonolência excessiva em situações cotidianas (Bertolazi et al., 2009); e o Índice de Gravidade de Insônia (ISI)(ANEXO 9), que avalia a natureza, intensidade e o impacto dos sintomas de insônia na qualidade de vida (Castro, 2011). Complementarmente, será aplicado o Questionário de Queixas de Sono da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)(ANEXO 10), um instrumento de rastreio clínico que permite identificar a frequência de sintomas como ronco, queixas respiratórias e despertares noturnos (Hitotsu et al., 2014). Este questionário possibilita, ainda, a investigação de parassonias e comportamentos anormais durante o sono, incluindo movimentação excessiva, bruxismo e sonambulismo, fornecendo um mapeamento detalhado de possíveis distúrbios clínicos associados.

O perfil nutricional e o risco de desnutrição serão identificados por meio da Mini Avaliação Nutricional (MAN®)(ANEXO 11) (VELLAS et al., 2006). O instrumento permite a classificação dos participantes em três categorias distintas, de acordo com a pontuação obtida: estado nutricional normal (30 a 24 pontos), risco de desnutrição (23,5 a 17 pontos) ou desnutrição (inferior a 17 pontos). A escolha deste instrumento justifica-se por sua robustez metodológica, apresentando excelente confiabilidade teste-reteste com Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI) de 0,89 (MACHADO et al., 2015).

A autoeficácia será avaliada pela *General Self-Efficacy Scale* (ANEXO 12), instrumento amplamente utilizado para mensurar a crença do indivíduo em sua capacidade de lidar com situações adversas, resolver problemas e enfrentar desafios cotidianos, sendo considerada uma medida global de autoeficácia percebida. A escala é composta por 10 itens, respondidos em formato Likert de 4 pontos, variando de “não é verdade a meu respeito” a “é totalmente verdade a meu respeito”, com escore total entre 10 e 40 pontos, no qual valores mais elevados indicam maior percepção de autoeficácia (Sbicigo et al., 2012; Patrão et al., 2017). Esse construto é relevante por representar um determinante psicossocial central na mudança de comportamento, conforme a Teoria Social Cognitiva, influenciando diretamente a motivação, o engajamento e a persistência na adoção de hábitos de saúde. Dessa forma, indivíduos com maior autoeficácia tendem a apresentar maior adesão a intervenções educativas e maior probabilidade de manutenção de comportamentos saudáveis ao longo do tempo (Bandura, 2004).

Após a aplicação dos questionários, será entregue para monitoramento objetivo e detalhado do nível de atividade física e comportamento sedentário, o acelerômetro triaxial

Active Pal (ActivPAL™, PAL Technologies Ltd., Glasgow, Reino Unido). Este dispositivo será utilizado como um complemento ao IPEQ-W. O acelerômetro será fixado na região médio-lateral da coxa, por meio de adesivo hipoalergênico transparente. Os participantes serão instruídos a utilizar o dispositivo de forma contínua (24 horas por dia) por um período de 7 dias. O dispositivo deverá ser removido exclusivamente em situações de imersão ou contato prolongado com água, como em aulas de natação. Serão fornecidas orientações detalhadas (APÊNDICE 4), por escrito e verbalmente, para garantir a adesão ao protocolo, juntamente com a entrega de um diário do sono (APÊNDICE 5), no qual serão registrados o sono noturno, o sono diurno e os períodos breves de sono (cochilos).

Parte 2 (T0P2):

No segundo encontro, após 7 dias de monitoramento, será realizada a retirada do acelerômetro Active Pal, juntamente com a devolução do diário de sono preenchido. Também será avaliada a composição corporal por meio de bioimpedância elétrica, método baseado na passagem de uma corrente elétrica de baixa intensidade e alta frequência pelos tecidos corporais, permitindo estimar a composição corporal a partir da resistência e reactância dos tecidos. A partir dessas medidas, são estimados parâmetros como massa magra, massa gorda, gordura visceral e ângulo de fase, sendo este último relacionado à integridade celular e ao estado de saúde (NORMAN et al., 2012; GONZALEZ et al., 2016). Os participantes deverão seguir recomendações prévias ao exame, incluindo evitar atividade física intensa e ingestão de álcool nas 24 horas anteriores à avaliação, além de cumprir jejum mínimo de 4 horas.

Neste mesmo encontro, como parte da intervenção impressa, a Cartilha Educativa será entregue a todos os participantes (Grupo intervenção Ativa e Grupo intervenção Passiva). O material educativo contido na cartilha será padronizado e abordará os mesmos temas centrais da intervenção presencial (palestras), incluindo prática de atividade física, redução do comportamento sedentário, recomendações de exercício físico para pessoas idosas, alimentação saudável, higiene do sono, bem-estar e participação em atividades de lazer e convívio social, visando facilitar a compreensão e favorecer a adoção de hábitos saudáveis pelos participantes. (APÊNDICE 6).

Todos participantes serão convidados a realizar registros fotográficos, identificando possíveis mudanças na percepção de riscos ambientais e comportamentais, incluindo situações reconhecidas como risco após a intervenção. Os registros fotográficos serão discutidos na Roda de Conversa que ocorrerá ao final da pesquisa.

Intervenção

No terceiro encontro, os participantes randomizados para o grupo de Intervenção Ativa serão convidados a comparecer ao L.A.R.E., no Departamento de Ciências da Saúde da FMRP-USP, com um intervalo de no máximo 2 dias após o segundo encontro, para assistir às vídeo-palestras presenciais, utilizando linguagem acessível e recursos visuais ilustrativos, com duração aproximada de 20 a 30 minutos cada. As palestras serão divididas em três blocos:

Bloco 1 - Letramento em Saúde e Comunicação: Focado no desenvolvimento de competências para acesso e compreensão de informações em saúde. Serão abordadas estratégias para interpretação de bulas e rótulos de alimentos, organização da medicação e comunicação com profissionais de saúde. Incluirá orientações sobre identificação de informações falsas e busca em fontes confiáveis (ex: Ministério da Saúde).

Bloco 2 - Autonomia, Movimento e Energia: Abordará a mudança de hábitos de vida com base em recomendações internacionais. Serão discutidos conceitos de atividade física, exercício e comportamento sedentário, além de orientações sobre nutrição, hidratação, higiene do sono e estratégias para manejo da dor crônica por meio do movimento.

Bloco 3 - Prevenção de Quedas - Olhar para Casa: Baseado nos domínios do HOME FAST-Brasil, com foco na identificação e modificação de riscos ambientais (iluminação, tapetes, banheiro). Serão abordados também fatores como acuidade sensorial e uso de calçados adequados.

Após cada bloco, haverá um momento destinado ao esclarecimento de dúvidas e discussão dos conteúdos apresentados. Para garantir o sigilo de alocação (cegamento do avaliador), as sessões de vídeo e a mediação das discussões serão conduzidas por uma equipe de assistentes de pesquisa, composta por doutoranda, alunas de iniciação científica e equipe técnica, enquanto a pesquisadora responsável por esse eixo (mestranda) permanecerá cega quanto à alocação dos grupos durante toda a fase de coleta e análise dos desfechos.

Reavaliação

Após 30 dias da intervenção, no encontro 4, os participantes retornarão ao L.A.R.E. para reaplicação dos questionários (sono, nível de atividade física, perfil nutricional, letramento em saúde, autoeficácia geral), avaliação ambiental (HOME FAST-Brasil), colocação do acelerômetro e entrega do diário do sono.

Após 7 dias, no encontro 5, será retirado o acelerômetro, feita a devolução do diário de sono preenchido e reavaliada a composição corporal. Após a finalização das reavaliações, será

agendada a roda de conversa com os participantes de ambos os grupos (componente qualitativo).

Todos os participantes serão convidados a participar de uma roda de conversa (componente qualitativo), trazendo os registros fotográficos que ilustram as situações reconhecidas como risco de quedas (ambientais, comportamentais). A análise qualitativa buscará compreender como o letramento em saúde influencia a tomada de decisão, a percepção de risco e a interação com o ambiente domiciliar.

A Figura 1 apresenta o delineamento do estudo, incluindo os encontros, instrumentos aplicados e o fluxo de avaliações ao longo da intervenção.

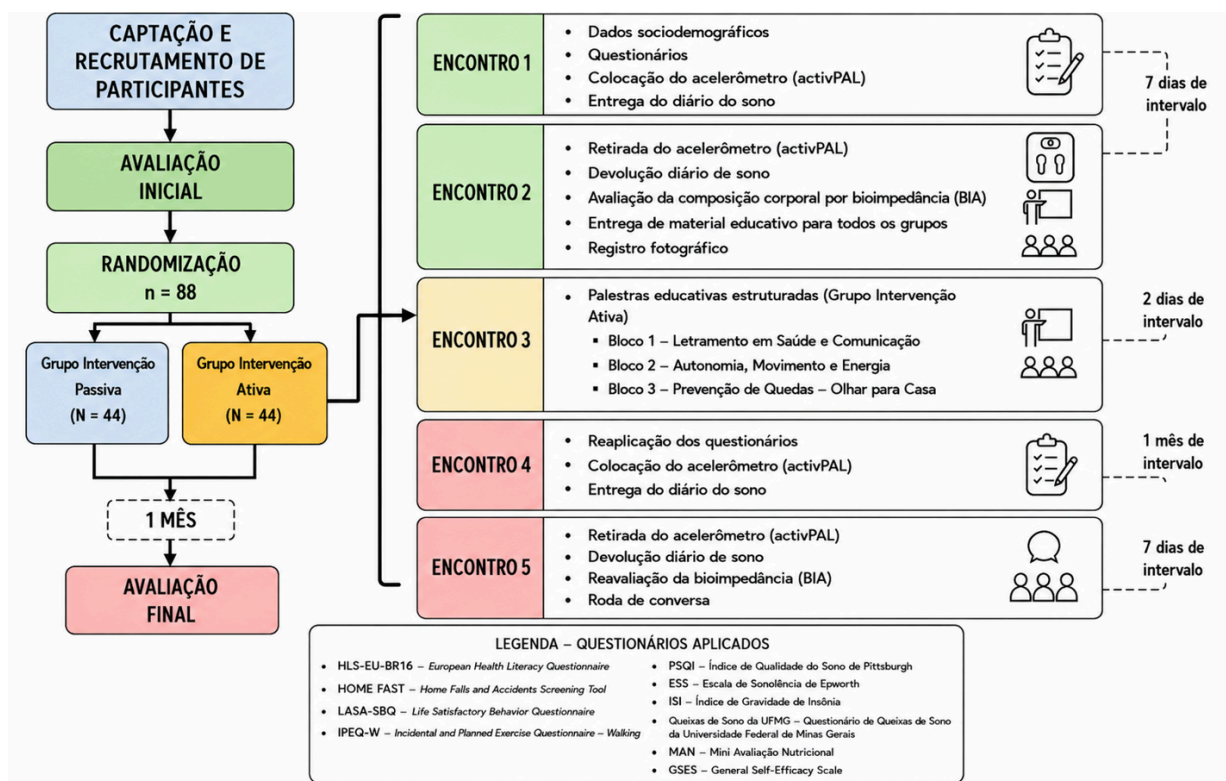


Figura 1 – Delineamento do estudo e cronograma dos encontros.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise quantitativa será realizada considerando o delineamento de ensaio clínico randomizado, controlado, de grupos paralelos, com duas avaliações: linha de base (T0) e 30 dias após a intervenção (T1). O nível de significância adotado será de 5%, e os resultados serão apresentados por estimativas pontuais, intervalos de confiança de 95%. As análises estatísticas serão realizadas no software JASP, versão vigente no momento da análise. Caso sejam necessários procedimentos não disponíveis ou com menor flexibilidade no JASP, como imputação múltipla de dados ausentes, poderá

ser utilizado software estatístico complementar, como R, SPSS ou Stata, mantendo-se os critérios analíticos previamente definidos.

Inicialmente, será realizada análise descritiva das características sociodemográficas, clínicas e comportamentais da amostra, de acordo com o grupo de alocação. As variáveis contínuas serão apresentadas como média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, conforme a distribuição dos dados. As variáveis categóricas serão apresentadas como frequências absolutas e relativas. As características basais serão descritas para caracterização da amostra e identificação de possíveis desequilíbrios clinicamente relevantes entre os grupos, sem utilização de testes de significância para confirmar o sucesso da randomização.

A análise principal seguirá o princípio de intenção de tratar, incluindo todos os participantes randomizados conforme o grupo originalmente alocado, independentemente da adesão à intervenção ou da conclusão integral das atividades propostas. A frequência, o padrão e os motivos de dados faltantes serão descritos por grupo de alocação. Participantes sem avaliação de seguimento serão mantidos no fluxograma do estudo e descritos como perdas de seguimento. Caso a proporção de perdas seja considerada relevante, será realizada análise de sensibilidade por imputação múltipla dos desfechos ausentes em T1.

O desfecho primário será a mudança no risco domiciliar para quedas, avaliado pelo escore total do HOME FAST-Brazil, entre T0 e T1. A mudança absoluta no escore será descrita como diferença entre T1 e T0 para cada grupo. Para a análise inferencial principal, será utilizado modelo de análise de covariância (ANCOVA), tendo o escore do HOME FAST-Brazil em T1 como variável dependente, o grupo de alocação como variável independente e o escore basal do HOME FAST-Brazil como covariável. Essa abordagem permitirá comparar o efeito da intervenção ativa em relação à intervenção passiva, considerando o risco domiciliar inicial de cada participante.

Os desfechos secundários contínuos serão analisados de forma semelhante, utilizando modelos ANCOVA, com o valor do desfecho em T1 como variável dependente, o grupo de alocação como variável independente e o valor basal do respectivo desfecho como covariável. Essa estratégia será aplicada aos principais desfechos secundários, incluindo nível de atividade física, comportamento sedentário, letramento em saúde, autoeficácia geral, qualidade do sono, estado nutricional e variáveis de composição corporal obtidas por bioimpedância.

Para as medidas obtidas por acelerometria, serão analisadas variáveis como tempo diário em comportamento sedentário, nível de atividade física, Troca de postura e número de passos e outras métricas derivadas do processamento do ActivePAL, conforme protocolo previamente definido. Serão incluídos na análise apenas registros considerados válidos, de acordo com critérios estabelecidos previamente para tempo mínimo de uso e número mínimo de dias válidos.

Para desfechos categóricos ou dicotômicos, como mudança de categoria de atividade física, presença ou ausência de determinado comportamento de risco ou classificação de letramento em saúde, serão utilizados modelos de regressão logística.

Para investigar o papel moderador do letramento em saúde, será incluído nos modelos um termo de interação entre grupo de alocação e letramento em saúde basal. Na análise principal de moderação para o desfecho primário, será utilizado modelo ANCOVA com o escore HOME FAST-Brazil em T1 como variável dependente, grupo de alocação, escore HOME FAST-Brazil basal, escore basal de letramento em saúde e o termo de interação grupo $\times$ letramento em saúde como variáveis independentes. A significância e a magnitude do termo de interação indicarão se o efeito da intervenção educativa difere de acordo com o nível de letramento em saúde na linha de base. Considerando o tamanho amostral previsto, as análises de moderação serão interpretadas como exploratórias, com ênfase nas estimativas de efeito e nos intervalos de confiança.

As análises ajustadas poderão incluir covariáveis definidas a priori, como idade, sexo e escolaridade, especialmente se forem identificados desequilíbrios clinicamente relevantes entre os grupos na linha de base ou se essas variáveis forem consideradas relevantes para os desfechos avaliados. A inclusão de covariáveis será realizada de forma parcimoniosa, considerando o tamanho amostral do estudo.

A análise qualitativa das rodas de conversa será realizada separadamente da análise quantitativa, por meio de análise temática de conteúdo. As gravações serão transcritas, codificadas e analisadas com o objetivo de identificar percepções, barreiras e facilitadores relacionados à adoção das orientações educativas. Posteriormente, os achados qualitativos serão integrados aos resultados quantitativos, com a finalidade de auxiliar na interpretação dos efeitos da intervenção e do papel do letramento em saúde na resposta dos participantes.

CRONOGRAMA

ATIVIDADES	1º Semestre	2º Semestre	3º Semestre	4º Semestre
Recrutamento, randomização e alocação avaliação inicial e acompanhamentos	X	X	X	
Avaliação inicial e acompanhamentos	X	X	X	
Oferecimento de palestras educativas aos indivíduos do grupo intervenção ativa	X	X	X	

Reavaliação dos participantes e roda de conversa com ambos os grupos		X	X	
Gerenciamento de dados e análise estatística			X	X
Apresentação de trabalhos em conferências científicas			X	X
Conclusão do relatório parcial de pesquisa		X		
Conclusão do relatório final de pesquisa				X
Redação de manuscritos e da dissertação				X
Submissão para periódicos revisados por pares				X
Defesa do mestrado				X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APOLINARIO, Daniel et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *International journal of geriatric psychiatry*, v. 31, n. 1, p. 4-12, 2016.

BERKMAN, N. D. et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, v. 155, n. 2, p. 97–107, 2011.

BERGMAN, P.; et al. *Validation of the activPAL physical activity monitor in adults*. Medicine & Science in Sports & Exercise, 2011.

BANDURA, Albert. Health promotion by social cognitive means. *Annual Review of Psychology*, Palo Alto, v. 55, p. 623–651, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142452>.

BERTOLAZI, Alessandra Naimaier et al. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 35, n. 9, p. 877-883, 2009.

BERTOLAZI, Alessandra Naimaier et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine*, v. 12, n. 1, p. 70–75, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>

BYROM, B. et al. Objective measurement of sedentary behaviour using accelerometers. *International Journal of Obesity*, v. 40, p. 1809–1812, 2016. <https://doi.org/10.1038/ijo.2016.136>

CASTRO, Laura de Siqueira. Adaptação e validação do Índice de Gravidade de Insônia (IGI): caracterização populacional, valores normativos e aspectos associados. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

COLÓN-EMERIC, C. S.; MCDERMOTT, C. L.; LEE, D. S.; BERRY, S. D. Assessment of risk and prevention of falls in community-dwelling older adults: a review. *JAMA*, v. 331, n. 16, p. 1397-1406, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.1416.

CRACAS, A. et al. Personality traits influence frailty in older adults through health behaviours and psychosocial resources. *The Journals of Gerontology: Series A*, 2025.

CUNNINGHAM, C. et al. Prevention of falls in community-dwelling older adults. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 8, p. 734–743, 2020.

D’AMOUR, D. et al. A conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, v. 22, n. 2, p. 116–131, 2008.

DE ABREU, D. C. C. et al. Standing balance test for fall prediction in older adults: a 6-month longitudinal study. *BMC Geriatrics*, v. 24, n. 1, p. 947, 2024. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05380-9>

DE REZENDE, L. F. M. et al. Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 14, p. 333, 2014.

EDWARDS, N. et al. A scoping review of epidemiological, ergonomic and longitudinal cohort studies examining links between stair and bathroom falls and the built environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 9, p. 1598, 2019. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091598>

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, Oxford, v. 56, n. 3, p. M146–M156, 2001. DOI: 10.1093/gerona/56.3.M146.

FLOYD, B. D. et al. Health literacy and health outcomes: the mediating role of self-efficacy. *Journal of Health Communication*, v. 19, supl. 2, p. 213–230, 2014.

GANZ, D. A.; LATHAM, N. K. Prevention of falls in community-dwelling older adults. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 8, p. 734–743, 2020.

GBD 2021 DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS. *Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021*. The Lancet, Londres, v. 403, n. 10440, p. 2133-2161, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8. PMID: 38642570. PMCID: PMC11122111.

GONZALEZ, M. C. et al. Phase angle and its determinants in healthy subjects: influence of body composition. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 103, n. 3, p. 712–716, 2016.

HÉLIO JÚNIOR, Jairo. Validação do questionário LASA-SBQ para medida do comportamento sedentário em idosos brasileiros. 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2016.

HOFFMAN, G. J. et al. Public health challenges and responses to the growing ageing populations. *Public Health Reviews*, v. 45, p. 1–15, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Em 2023, expectativa de vida chega aos 76,4 anos e supera patamar pré-pandemia. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia>. Acesso em: 09 dez. 2025.

IZQUIERDO, M. et al. International exercise recommendations in older adults (ICFSR): expert consensus guidelines. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, v. 25, n. 7, p. 824–853, 2020.

IZQUIERDO, M. et al. Global consensus on optimal exercise recommendations for enhancing healthy longevity in older adults (ICFSR). *Journal of Nutrition, Health & Aging*, v. 29, n. 1, p. 100401, 2025.

ALMAS, Jordania Lindolfo et al. Preventing Falls in Older Adults with Educational Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Gerontologist*, [s. l.], p. gnaf105, 12 mar. 2025.

LI, S. et al. Housing environmental factors driving falls between middle-aged and older adults: a national cohort study. *Innovation in Aging*, v. 7, n. 9, 2023.

LIU, X. et al. Socioeconomic status, dietary pattern, and frailty in older adults in rural China: a prospective longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 130, p. 106130, 2026.

LIMA, Waléria Paixão de et al. Utilitarian walking and walking as exercise among community-dwelling older adults: what factors influence it?. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, p. e190255, 2020.

MACKENZIE, L. et al. The Brazilian version of the Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST): translation, cross-cultural adaptation, validation and reliability. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, n. 1, e190180, 2020.

MANTOVANI, S. W. et al. Validação do Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST) para uso no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 4, p. 540–548, 2017.

MENEGUCI, J. et al. Sitting time and quality of life in older adults: a population-based study. *Journal of Physical Activity and Health*, v. 12, n. 11, p. 1513–1519, 2015.

NOBLE, E. et al. Association between health literacy and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 18, p. 5, 2021.

NORMAN, K. et al. Bioelectrical phase angle and impedance vector analysis—clinical relevance and applicability of impedance parameters. *Clinical Nutrition*, v. 31, n. 6, p. 854–861, 2012.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, v. 15, n. 3, p. 259–267, 2000.

O'BRIEN, Bridget C. et al. *Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations*. Academic Medicine, Philadelphia, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, 2014. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388.

Osvaldo P. Almeida; Shirley A. Almeida. *Reliability of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) short form*. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. DOI: 10.1590/S0004-282X1999000300013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>. Acesso em: 09 dez. 2025.

PEETERS, G. et al. A comprehensive assessment of risk factors for falls in middle-aged adults: co-ordinated analyses of cohort studies in four countries. *Osteoporosis International*, v. 30, n. 10, p. 2099–2117, 2019. DOI: 10.1007/s00198-019-05034-2.

PEDERSEN, B. K. et al. Exercise-induced myokines and their role in chronic diseases. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 52, p. 1–8, 2015.

PEDRO, A. R.; RAPOSO, B.; LUÍS, L.; AMARAL, O.; ESCOVAL, A.; SIMÕES DIAS, S. Portuguese version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 questionnaire: psychometric properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 4, p. 2892, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20042892.

RATZAN, S. C.; PARKER, R. M. Introduction. In: SELDEN, C. R. et al. *Health literacy*. Bethesda: National Library of Medicine, 2000. p. 1–16.

RYAN, A. S. et al. Comparison of self-reported and objectively measured sedentary behavior in older adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 15, n. 1, p. 1–10, 2018.

SARDAREH, M. et al. Interventions for improving health literacy among older people: a systematic review. *BMC Geriatrics*, v. 24, n. 1, p. 911, 2024.

SHERRINGTON, C. et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020. CD012424.

SØRENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, v. 12, p. 80, 2012.

VELLAS, B.; VILLARS, H.; ABELLAN, G. et al. Overview of the MNA® – Its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, New York, v. 10, n. 6, p. 456–463, 2006. DOI: 10.1007/BF02990625.

TREMBLAY, M. S. et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 14, p. 75, 2017.

WOLF, M. S. et al. Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, v. 165, n. 17, p. 1946–1952, 2005.

XIMENES, Maria Aline Moreira et al. Effectiveness of educational interventions for fall prevention: a systematic review. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 30, e20200558, 2021.

YANG, H. et al. Association of childhood adversity with frailty and the mediating role of unhealthy lifestyle: a lifespan analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 32, n. 3, p. 015, 2024.

ZHANG, J. et al. Association of dietary diversity and physical activity with frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in urban areas. *Wei Sheng Yan Jiu*, v. 54, n. 6, p. 893–907, 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Folheto de Divulgação da Pesquisa

O QUE VOCÊ GANHA?

- AVALIAÇÃO DO SEU EQUILÍBRIO, FORÇA E SAÚDE GERAL** 
- COLETA E ANÁLISE DE SANGUE** 
- ANÁLISE DA QUANTIDADE DE MÚSCULO E GORDURA** 
- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SEU SONO** 
- ACOMPANHAMENTO AO LONGO DE 12 MESES** 
- AVALIAÇÃO DO QUANTO VOCÊ SE MOVIMENTA** 




LARE
Laboratório de Avaliação e Reabilitação do Equilíbrio



ENTRE EM CONTATO CONOSCO!

ESTER ESTEVAM
(16) 99384-9661

MILLENY MODOLO
(11) 96595-1016

MARIA BEATRIZ DELÉO
(16) 98103-0043

INSTAGRAM @LARE.USP

VOCÊ TEM 50 ANOS OU MAIS?

NÃO CAIU NOS ÚLTIMOS 2 ANOS?

PARTICIPE DA NOSSA PESQUISA

FAÇA SUA PARTE POR UM ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL



COMO SE INFORMAR SOBRE SAÚDE DE FORMA CONFIÁVEL?

INFORMAÇÃO SEGURA É CUIDADO COM A SUA SAÚDE!



INFORME-SE BEM. CUIDE-SE SEMPRE!

1 VERIFIQUE A FONTE

Prefira informações de universidades, hospitais e profissionais de saúde.



2 PROCURE ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

Em caso de dúvida, converse com um profissional de saúde.



3 COMPARE INFORMAÇÕES

Busque mais de uma fonte antes de acreditar ou compartilhar.



4 DESCONFIE DE PROMESSAS

Cuidado com “curas rápidas” ou soluções milagrosas.



5 ATENÇÃO AO QUE CIRCULA NAS REDES

Nem tudo que chega pelo WhatsApp é verdadeiro.



6 CONFIRA ANTES DE COMPARTILHAR

Evite espalhar informações sem ter certeza da veracidade.



APÊNDICE 2

Termo de consentimento

PROJETO: EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE RISCOS DOMICILIARES PARA QUEDAS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM 50 ANOS OU MAIS DA COMUNIDADE: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO COM COMPONENTE QUALITATIVO.

Pesquisadoras responsáveis

Profa. Dra. Daniela Cristina Carvalho de Abreu, telefone: (16) 3315-4413

Co-investigadores:

Ester da Silva Estevam, aluna de doutorado (16) 99384-9661

Milleny Modolo Carvalho, aluna de mestrado (11) 96595-1016

Maria Beatriz Costa Deléo, aluna de iniciação científica (16) 98103-0043

Débora Sayuri Hoshino Wakano, aluna de iniciação científica (67) 99639-4702

Beatriz Pulicano Neves, aluna de iniciação científica (16) 98209-2520

Prezado (a) Senhor(a),

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, que busca avaliar formas de orientação para ajudar na prevenção de quedas.

A sua participação é voluntária. Antes de decidir, é importante que o(a) senhor(a) leia este documento com atenção e esclareça todas as suas dúvidas.

Esta pesquisa somente será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo(HCFMRP-USP).

O que será realizado na pesquisa

Esta pesquisa quer entender se uma forma de orientação pode ajudar a prevenir quedas em casa e melhorar hábitos de saúde em pessoas com 50 anos ou mais.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar, serão realizadas perguntas sobre sua saúde, rotina e possíveis riscos de quedas dentro de casa. Além disso, todas as pessoas participantes receberão uma cartilha com orientações sobre prevenção de quedas e cuidados com a saúde.

As pessoas participantes poderão ser sorteadas para participar de encontros em grupo, nos quais serão dadas orientações sobre prevenção de quedas, atividade física, hábitos saudáveis e segurança dentro de casa.

O(a) senhor(a) também será convidado(a) a tirar fotos de partes da própria casa que possam representar risco de quedas, como tapetes, escadas ou locais com pouca iluminação.

Além disso, haverá uma conversa em grupo sobre hábitos do dia a dia e percepções sobre saúde e prevenção de quedas. Essa conversa será gravada apenas para fins de pesquisa, garantindo o sigilo e a confidencialidade das informações.

O(a) senhor(a) não poderá escolher o grupo em que ficará. Independentemente do grupo, todos receberão orientações para ajudar na prevenção de quedas.

Os questionários utilizados possuem perguntas simples e de múltipla escolha, com duração aproximada total entre 60 e 90 minutos.

O(a) senhor(a) poderá esclarecer dúvidas antes, durante e após a participação na pesquisa.

Riscos da pesquisa

Os riscos desta pesquisa são considerados baixos, mas incluem:

- Possível desconforto ao participar de discussões em grupo
- Possível desconforto ao refletir sobre hábitos e ambiente domiciliar
- Risco mínimo de identificação indireta por meio das fotografias do ambiente
- Risco mínimo relacionado à gravação de áudio durante as rodas de conversa

- Possível leve desconforto durante a realização da avaliação por bioimpedância, devido ao jejum de 4 horas necessário para o exame

Para minimizar esses riscos:

- A participação nas discussões será voluntária, podendo o(a) senhor(a) optar por não responder perguntas ou se retirar da atividade a qualquer momento
- As fotografias não deverão conter pessoas ou elementos que permitam identificação
- As gravações de áudio serão armazenadas em ambiente seguro, com acesso restrito, e utilizadas apenas para fins científicos

Benefícios esperados

Não há garantia de benefício direto ao participante. No entanto, o(a) senhor(a) poderá receber orientações importantes sobre como evitar e prevenir quedas e irá contribuir para melhorias no cuidado à saúde de pessoas idosas.

Local da Pesquisa

As avaliações ocorrerão no Laboratório de Avaliação e Reabilitação do Equilíbrio (L.A.R.E.) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), **nos dias agendados conforme a sua disponibilidade**. O L.A.R.E. fica situado na rua **Miguel Covian, 120**, no prédio do Departamento de Ciências da Saúde, segundo andar, no Campus da USP-RP.

Quem são os pesquisadores envolvidos?

A pesquisa será realizada pela aluna de doutorado **Ester da Silva Estevam**, telefone: (16) 99384-9661, e-mail: esterestevam@usp.br, pela aluna de mestrado **Milleny Modolo Carvalho**, telefone: (11) 96595-1016, e-mail: ftmillenymodolo@gmail.br , sob orientação da **Profa. Dra. Daniela Cristina Carvalho de Abreu**, telefone: (16) 3315-4413.

Privacidade e confidencialidade

Todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo.

- Seus dados serão identificados por códigos, sem identificação direta do participante
- As fotografias serão analisadas sem identificação pessoal
- As gravações de áudio serão armazenadas em ambiente digital seguro, com acesso restrito
- Os dados serão armazenados em sistema eletrônico seguro (REDCap)
- Os resultados poderão ser publicados, sem identificação dos participantes
- Esta pesquisa não prevê acesso ao prontuário do participante.

Custos e ressarcimento

A participação nesta pesquisa não acarretará custos diretos ao(à) participante. Caso haja despesas relacionadas ao deslocamento até o local da pesquisa, os participantes poderão ser ressarcidos pelos pesquisadores em valor de até R\$50,00 por visita, mediante necessidade apresentada. Durante as avaliações, um lanche será fornecido pelos pesquisadores.

Assistência e indenização

Em caso de qualquer dano decorrente da pesquisa, o(a) senhor(a) terá direito à assistência integral e gratuita, bem como à indenização, conforme previsto em lei

Liberdade de participação

A sua participação é voluntária. O(a) senhor(a) pode recusar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao seu atendimento de saúde.

Caso deseje, o(a) senhor(a) também poderá solicitar a exclusão dos seus dados da pesquisa.

Caso tenha interesse, o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos resultados gerais da pesquisa ao final do estudo.

Autorização de uso de imagem e som de voz

Para fins de registro das etapas da pesquisa e análise detalhada, solicitamos sua autorização para a captação de sua voz.

- As gravações de voz servirão para que os pesquisadores possam transcrever e analisar suas respostas com precisão.

Todos os áudios e fotos serão guardados em arquivos protegidos por senha, acessados apenas pelos pesquisadores, armazenados por 5 anos após o término da pesquisa e posteriormente excluídos de forma segura.

A autorização para uso de imagem e gravação de voz é opcional e a recusa não impedirá sua participação na pesquisa.

Como posso esclarecer minhas dúvidas?

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o(a) senhor(a) pode entrar em contato com:

Pesquisadora responsável:

Daniela Cristina Carvalho de Abreu

Telefone: (16) 3315-4413

E-mail: dabreu@fmrp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto está localizado no subsolo do hospital, funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas, **telefone (016) 3602-2228, e-mail: cep@hcrp.usp.br**

Uso de gravação de áudio e vídeo durante as atividades:

☐ Autorizo uso de imagem

☐ Autorizo uso de áudio

Autorizo o uso das fotografias do ambiente domiciliar para fins científicos:

☐ Sim ☐ Não

Autorização para contato futuro

☐ Autorizo ser contatado(a) para futuras pesquisas

☐ Não autorizo ser contatado(a)

Consentimento

Declaro que fui informado(a) sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, e que tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

O(a) senhor(a) receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinada e rubricada

pelos pesquisadores.

Todas as páginas deste documento serão rubricadas pelo participante e pelo pesquisador responsável.

Nome do participante: _____ Assinatura: _____ Data: _____

Nome do pesquisador: _____ Assinatura: _____ Data: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE 3

FICHA DE AVALIAÇÃO E QUESTIONÁRIOS

Caracterização da amostra

Caracterização

Nome: _____ Data: _____

Raça: _____

Data de nascimento: ____/____/____ () anos Telefone: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Naturalidade: _____

Cresceu () Cidade () Campo () Outro: _____ Prematuro: () Sim () Não

Consome bebida alcoólica semanalmente? () Sim () Não - Quantos dias por semana? _____

Consumia bebida alcoólica ao longo da vida? () Sim () Não - Quando _____

Consumia bebida alcoólica na adolescência? () Sim () Não - Frequência _____

Fuma? () Sim () Não - Quantos cigarros/dia: _____ Parou () Há quanto tempo: _____

- Fumava na adolescência? () Sim () Não Quantidade _____

Estado civil: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____

Anos de estudo: _____ anos.

Escolaridade:

- | | |
|----------------------------|--|
| () Curso de alfabetização | () Segundo grau (científico, técnico, normal) |
| () Primário | () Primeiro grau |
| () Ginásio | () Superior |

Estado civil:

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| () Casado(a) | () Viúvo(a) |
| () Solteiro(a) | () Amasiado(a) |
| () Separado(a)/divorciado(a) | |

Sabe ler e escrever: () Sim () Não () Parcialmente

Qual era o nível de escolaridade dos seus pais? _____

Moradia: () Casa () Apartamento () Sítio () Outro: _____

- Em casos de apartamento: no prédio tem elevador? () Sim () Não ()
- Em casos de casa: térrea, sobrado, tem quintal () Sim () Não ()

Obs.: _____

Sempre morou em uma moradia similar? () Sim () Não

Sempre teve saneamento básico? () Sim () Não

Quantas pessoas moram na casa: _____ pessoas

Quem mora na casa: _____

- Há dependentes: () Sim () Não
- Há cuidador: () Sim () Não

A quem recorre quando necessita de ajuda: _____

Qual a renda familiar mensal: () < 1 salário () 1 a 2 salários () 3 a 5 salários () > 5 salários

- Quantas pessoas dependem dessa renda, incluindo o(a) Sr(a)? _____ pessoas
- Considera ter dinheiro suficiente para suas necessidades diárias? () Sim () Não

Durante a vida, ocorreu mudança de nível socioeconômico: () Não () Melhorou () Piorou

Durante sua infância/adolescência, como você considera que era a condição socioeconômica da sua família? () baixa renda/vulnerável () classe média baixa () classe média () classe média alta () alta renda

Na sua vida adulta, como você considera a sua condição socioeconômica?

() baixa renda/vulnerável () classe média baixa () classe média () classe média alta () alta renda

Na sua velhice, como você considera a sua condição socioeconômica?

() baixa renda/vulnerável () classe média baixa () classe média () classe média alta () alta renda

Você passou fome na infância e/ou na adolescência? () Sim () Não - Período _____

Você sofreu violência na infância e/ou na adolescência? () Sim () Não - Período _____

Acha que tem dinheiro suficiente para as suas necessidades: () Sim () Não

- Quantas pessoas dependem dessa renda: _____ pessoas

Profissão pregressa: _____

Ocupação/trabalho atual: _____

Há quanto tempo é aposentado/pensionista: _____ anos

Atividades de lazer: _____

- Quantas vezes no mês? _____

Atividades de lazer na juventude: _____

Atividade social: _____

- Quantas vezes no mês? _____

Atividade social na juventude: _____

Deixou de fazer alguma atividade por conta do COVID-19? () Sim () Não,

- Qual? _____

Atividades do dia a dia

Qual o seu principal meio de locomoção?

☐ A pé ☐ Motocicleta ☐ Automóvel ☐ Transporte coletivo

☐ Outro: _____

Com que frequência utiliza transporte coletivo como meio de transporte?

☐ Nunca ☐ Poucas vezes ☐ Quase todo dia ☐ 1 ou mais vezes por dia

Participa de alguma atividade social?

☐ Nenhuma ☐ Igreja ☐ Clube de idoso/associações ☐ Trabalho

☐ Outra: _____

Nível de atividade física

Atividade física: _____

Frequência semanal: _____ vezes

Duração: _____ minutos

Pratica atividade física há mais de 3 meses? ☐ Sim ☐ Não

Quando começou a praticar a atividade física? _____

Realizou atividade física ao longo da vida? ☐ Sim ☐ Não

- Com quantos anos começou: _____ anos

- Qual atividade fazia: _____

Você interrompeu a atividade física ao longo da vida? ☐ Sim ☐ Não

- Quando? _____

- Por quê? _____

Permanece mais de 4 horas sentado, 5 dias ou mais por semana? ☐ Sim ☐ Não

Assiste TV diariamente? ☐ Sim ☐ Não

- Por quanto tempo? _____

Tem o hábito de ficar deitado na cama mesmo que acordado: ☐ Sim ☐ Não

- Todos os dias? ☐ Sim ☐ Não

- Por quanto tempo? _____

Costuma ler livros, jornais. Ficar no celular nas redes sociais todos os dias? ☐ Sim ☐ Não

- Por quanto tempo? _____

Durante o final de semana a sua rotina é diferente? Como? _____

Dificuldade de frequentar local público (acessibilidade)? () Sim () Não

Sente-se seguro quando sai de casa? () Sim () Não

Deixa de sair de casa pela insegurança? () Sim () Não

- O que lhe deixa inseguro? _____

Perdeu peso de forma não intencional $\geq 4,5$ kg ou $\geq 5\%$ do peso corporal nos últimos 12 meses? (Fried et al., 2001).

() Sim () Não

Apresenta problemas para enxergar ou faz mais de 2 anos a última consulta no oftalmologista?

() Sim () Não

Apresenta dor: () Sim () Não

- Onde: _____
- Quando a dor começou: _____
- A dor é contínua ou intermitente? _____

Apresentou algum grave problema de saúde durante a juventude ou vida adulta? () Sim () Não

- Qual: _____

Em algum momento da vida teve problema de sono? () Sim () Não

- Quando: _____

Já foi submetido a alguma cirurgia? () Sim () Não

- Quando: _____
- Qual: _____

Possui plano de saúde: () Sim () Não

Procura médico para: () Prevenção de doenças () Tratamento de doenças

Faz acompanhamento com algum profissional de saúde: () Sim () Não

- Quais: _____
- Frequência: _____
- Motivo: _____

Obtenção dos medicamentos: () SUS () comprados

Toma todos os medicamentos prescritos pelo médico: () Sim () Não

- Se não, por qual motivo: _____

Vacina em dia? () Sim () Não

- Tem tomado vacina ultimamente: () Sim () Não
- Para que: _____

Possui alguns destes problemas de saúde ou agravos?

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| () HAS | () Diabetes |
| () Epilepsia | () AVE |
| () Neuropatias | () Doença de Parkinson |
| () Artrite | () Osteoporose |

Outra: _____

Quantos medicamentos estão em uso? _____ medicamentos

Quais medicamentos? _____

Questionário de autopercepção de saúde geral

Autopercepção de saúde geral: () Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim

Comparando com outras pessoas da mesma idade: () Pior () Igual () Melhor

Qual é a sua percepção sobre a capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia?

() Excelente () Boa () Razoável () Ruim

Quedas

Preocupação de cair: () Sim () Não

Quase quedas: () Sim () Não

Quedas nos últimos 12 meses: () Sim () Não

- Quantas: _____
- Quando: _____
- Local: () Ambiente interno () Ambiente externo Onde? _____
- O que fazia ao cair: _____
- O que fazia ao cair: _____

- Consequências das quedas: _____
- Conseguiu se levantar sozinho? () Sim () Não

Fatores de risco extrínsecos (domiciliar):

- | | |
|---|-------------------------------------|
| () Tapetes | () Falta de iluminação noturna |
| () Fios | () Sem barras de apoio em banheiro |
| () Objetos ou animais de estimação no chão | () Escada |
| () Outro _____ | |

Deixou de fazer alguma de suas atividades habituais por causa da última queda? () Sim () Não

Deixou de fazer alguma atividade por medo de cair? () Nenhuma () Algumas () Muitas

Apresenta queixa de desequilíbrio? () Sim () Não

Quando o(a) senhor(a) vai se levantar da cadeira, precisa de apoio ou consegue realizar o movimento sem o uso das mãos?

O (a) Sr(a) considera seu equilíbrio? () Excelente () Bom () Razoável () Ruim

Houve alguma queda por síncope (desmaio)? () Sim () Não

Você se sentiu anormalmente cansado(a) nas últimas duas semanas?" (BLAIN et al., 2021).

ACCELEROMETRIA

Nível de atividade física estimada por METS:

Troca de postura:

Número de passos:

BIOIMPEDÂNCIA

Massa gorda:

Massa magra:

Ângulo de fase:

APÊNDICE 4 - Orientações detalhadas quanto ao uso do acelerômetro

Anotações: Escreva aqui o número de vezes que precisou levantar de madrugada.	2							
---	---	--	--	--	--	--	--	--

APÊNDICE 6 - Materiais Educativos (Cartilhas)



Autonomia, Movimento e Energia

Entendendo o Movimento



Recomendações da OMS



Alimente-se Bem



Higiene do Sono



Bem-Estar e Hobbies



Adote Bons Hábitos e Sinta-se Melhor!

Prevenção de Quedas e Segurança

Identificar e modificar riscos no lar pode reduzir quedas em idosos e promover mais segurança e independência.



Identifique e elimine riscos em casa

Corrija os principais riscos:

Tapetes soltos



Retire ou fixe com fita antiderrapante

Iluminação insuficiente



Utilize luzes adequadas

Banheiro inseguro



Instale barras de apoio e use tapete antiderrapante.

Fios aparentes e desorganização



Mantenha o ambiente livre de obstáculos

Mantenha os ambientes organizados • Garanta boa iluminação • Utilize calçados adequados • Adapte o banheiro

Olhe, ouça e calce-se bem



Visão

Consulte regularmente um profissional da saúde



Dicas de segurança e mobilidade

- ▶ Pratique exercícios
- ▶ Movimente-se com segurança



ANEXOS

ANEXO 1

10-point Cognitive Screening (10-CS)

ORIENTAÇÃO					
Em que ano estamos?				0	1
Em que mês estamos?				0	1
Que dia do mês é hoje?				0	1
(considere corretas apenas respostas exatas)					
APRENDIZADO					
Agora eu vou dizer o nome de 3 objetos para você memorizar. Assim que eu terminar repita os 3 objetos.	VERSÃO A óculos caneta martelo	VERSÃO B chapéu moeda lanterna	VERSÃO C relógio chave vassoura	Não pontua	
(até 3 tentativas se necessário)					
FLUÊNCIA VERBAL					
Agora eu quero que você me diga o maior número de animais que conseguir, o mais rápido possível.	1. _____	11. _____	21. _____	ANIMAIS	
	2. _____	12. _____	22. _____	0-5	0
	3. _____	13. _____	23. _____	6-8	1
	4. _____	14. _____	24. _____	9-11	2
	5. _____	15. _____	25. _____	12-14	3
	6. _____	16. _____	26. _____	≥ 15	4
	7. _____	17. _____	27. _____		
	8. _____	18. _____	28. _____		
	9. _____	19. _____	29. _____		
	10. _____	20. _____	30. _____		
Eu vou marcar o tempo no relógio e contar quantos animais você consegue dizer em 1 minuto.					
EVOCAÇÃO					
Agora me diga quais eram os 3 objetos que eu pedi para você memorizar.	VERSÃO A óculos caneta martelo	VERSÃO B chapéu moeda lanterna	VERSÃO C relógio chave vassoura	0 0 0	1 1 1
Ajuste para Escolaridade (10-CS-Edu) - Sem escolarização formal: + 2 pontos (máximo de 10) 1-3 anos de escolaridade: + 1 ponto (máximo de 10) Interpretação do 10-CS-Edu ≥ 8 pontos: Normal 6-7 pontos: Comprometimento Cognitivo Possível (geralmente compatível com Comprometimento Cognitivo Leve) 0-5 pontos: Comprometimento Cognitivo Provável (geralmente compatível com demência)					
				10-CS: _____ 10-CS-Edu: _____	

ANEXO 2***Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)***

<i>QUESTÃO</i>	NÃO	SIM
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	1	0
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	0	1
3. Acha sua vida vazia?	0	1
4. Aborrece-se com frequência?	0	1
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	1	0
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	0	1
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	1	0
8. Sente-se desamparado com frequência?	0	1
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	0	1
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	1	0
12. Sente-se inútil?	0	1
13. Sente-se cheio(a) de energia?	1	0
14. Sente-se sem esperança?	0	1
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	0	1
TOTAL:		
0 a 5 pontos - Normal 6 a 10 pontos - Depressão leve 11 a 15 pontos - Depressão severa		

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE LETRAMENTO EM SAÚDE - Versão reduzida (HLS-EU-BR-16)

Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil diria que é:

CUIDADOS DE SAÚDE	1 muito fácil	1 fácil	0 difícil	0 muito difícil
1 "... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?"				
2 "... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)"				
3 "... compreender o que o seu médico lhe diz?"				
4 "... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo como tomar um medicamento receitado?"				
5 "... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?"				
6 "... usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?"				
7 "... seguir instruções sobre medicação?"				

PREVENÇÃO DE DOENÇAS	1 muito fácil	1 fácil	0 difícil	0 muito difícil
8 "... encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão?"				
9 "... compreender advertências relativas à saúde e comportamentos, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?"				
10 "... entender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)"				
11 "... avaliar se as informações sobre os riscos de saúde na mídia são de confiança? (por ex. TV, internet ou outros meios de comunicação)"				
12 "... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações oriundas dos meios de comunicação? (por ex. jornais, folhetos, internet ou outros meios de comunicação)"				

PROMOÇÃO DA SAÚDE	1 muito fácil	1 fácil	0 difícil	0 muito difícil
13 "... encontrar informações que indiquem como é que o seu bairro poderia ser mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, criação de espaços verdes, de lazer)"				
14 "... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos?"				
15 "... compreender a informação oriunda dos meios de comunicação sobre a forma de se tornar mais saudável?" (por ex. internet, jornais, revistas)"				
16 "... avaliar que comportamento diário está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber álcool, hábitos alimentares, exercício, etc.)"				

ANEXO 4

Home Falls and Accidents Screening Tool (HOME FAST)

Ferramenta de Identificação de Causas de Quedas e Acidentes Domésticos

Instruções: Marque SIM, NÃO ou N/A para cada item. Pontue 1 para cada resposta de risco.

1. Os pisos estão livres de obstáculos (fios, tapetes soltos, objetos no caminho)?

() SIM () NÃO () N/A

2. Os tapetes estão fixos adequadamente ao chão?

() SIM () NÃO () N/A

3. O chão não é escorregadio?

() SIM () NÃO () N/A

4. Há boa iluminação em todos os ambientes da casa?

() SIM () NÃO () N/A

5. Os interruptores são de fácil acesso?

() SIM () NÃO () N/A

6. As escadas possuem corrimão firme?

() SIM () NÃO () N/A

7. As escadas estão bem iluminadas?

() SIM () NÃO () N/A

8. Os degraus estão em boas condições?

() SIM () NÃO () N/A

9. O banheiro possui barras de apoio?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

10. O box/chuveiro possui piso antiderrapante?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

11. O vaso sanitário tem altura adequada ou apoio?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

12. A cama possui altura adequada para sentar e levantar?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

13. O colchão está firme e estável?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

14. Há iluminação acessível próxima à cama?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

15. Os armários são de fácil acesso (sem necessidade de subir em bancos)?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

16. A cozinha está organizada e sem riscos no chão?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

17. Há cadeiras ou bancos estáveis quando utilizados?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

18. A área externa é segura e sem desníveis perigosos?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

19. Há corrimão em rampas ou desníveis externos?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

20. Animais de estimação não representam risco de tropeço?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

21. O idoso utiliza calçados adequados dentro de casa?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

22. Há telefone ou meio de contato acessível em caso de emergência?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

23. Há campainha ou dispositivo de alerta acessível?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

24. O ambiente está livre de móveis instáveis?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ N/A

25. A casa está organizada para facilitar a mobilidade segura?

() SIM () NÃO () N/A

Pontuação Total: _____ / 25

Interpretação: Quanto maior a pontuação de risco, maior a necessidade de intervenção preventiva.

ANEXO 5

Longitudinal Aging Study Amsterdam - Sedentary Behaviour Questionnaire (LASA-SBQ)

Instruções aos participantes: O questionário a seguir refere-se ao tempo que o(a) Sr.(a) fica sentado(a) ou deitado(a) durante um dia inteiro (24 horas). Por favor, para cada atividade, responda as questões para um dia de semana normal/habitual (segunda a sexta-feira) e, em seguida, para um dia de final de semana normal/habitual (sábado ou domingo). Se o(a) Sr.(a) não realiza nenhuma atividade, por favor responda “0” (zero). Não conte o tempo de sono noturno habitual que passou na cama dormindo.

Observação: Se o(a) Sr.(a) realiza duas atividades ao mesmo tempo, como por exemplo, escutar música e realizar trabalhos manuais sentado(a), por favor considere apenas uma das atividades, e que seja aquela mais frequente. Considere o enunciado a seguir para todas as perguntas.

Considere o enunciado a seguir para todas as perguntas:

A - Em média, nos dias de semana (segunda a sexta-feira), quantas horas/minutos por dia o(a) Sr.(a)...

B - Em média, no final de semana (sábado ou domingo), quantas horas/minutos por dia o(a) Sr.(a)...

1	Tira uma soneca (cochilo) numa cadeira, sofá, cama, rede, etc?	A - Semana: ____ h ____ min B - Final de Sem.: ____ h ____ min
---	---	---

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

2	Lê enquanto está sentado(a) ou deitado(a)? (Não contabilizar o tempo de leitura em tela, a exemplo do computador, tablet ou celular)	A - Semana: ____ h ____ min B - Final de Sem.: ____ h ____ min
---	--	---

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

3	Realiza orações, escuta música/rádio enquanto está sentado(a) ou deitado(a) no domicílio ou casa de amigo?	A - Semana: ____ h ____ min B - Final de Sem.: ____ h ____ min
---	---	---

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

4	Assiste televisão, vídeo ou DVD enquanto está sentado(a) ou deitado(a)?	A - Semana: ____ h ____ min B - Final de Sem.: ____ h ____ min
---	--	---

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

5	Realiza alguma atividade que gosta enquanto está sentado(a), como fazer artesanato, costurar, tricotar, montar quebra cabeça, jogar bingo, jogos de tabuleiro, cartas ou dominó, fazer palavra cruzadas ou tocar um instrumento musical?	A - Semana: ____ h ____ min B - Final de Sem.: ____ h ____ min
---	---	---

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

A - Em média, nos dias de semana (segunda a sexta-feira), quantas horas/minutos por dia o(a) Sr.(a)... B - Em média, no final de semana (sábado ou domingo), quantas horas/minutos por dia o(a) Sr.(a)...		
--	--	--

6	Fala por telefone, pessoalmente, ou por mensagem de texto no celular com amigos, familiares ou conhecidos enquanto está sentado(a)?	A - Semana: ____ h ____ min
		B - Final de Sem.: ____ h ____ min

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

7	Usa o computador, seja para o trabalho ou lazer, enquanto está sentado(a)?	A - Semana: ____ h ____ min
		B - Final de Sem.: ____ h ____ min

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

8	Realiza atividades administrativas (fazer lista de compras, participar de reunião de grupos de convivência, religioso, etc) e/ou atividades domésticas (preparar refeição e/ou alimentar-se), enquanto está sentado(a)?	A - Semana: ____ h ____ min
		B - Final de Sem.: ____ h ____ min

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

9	Fica sentado(a) em carro, ônibus ou trem/metrô, como passageiro ou carona?	A - Semana: ____ h ____ min
		B - Final de Sem.: ____ h ____ min

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

10	Fica sentado(a) na igreja/templo ou em atividades culturais (cinema, teatro, oficinas, shows, apresentações artísticas, etc)?	A - Semana: ____ h ____ min
		B - Final de Sem.: ____ h ____ min

A - Tempo do dia de semana		
Manhã	Tarde	Noite

B - Tempo do dia de final de semana		
Manhã	Tarde	Noite

ANEXO 6

Incidental and Planned Exercise Questionnaire – Walking (IPEQ-W)

Instrução: Estamos interessados em saber o quanto de atividade física você fez na última semana. Para isto precisamos saber quais atividades você fez, quantas vezes por semana e por quanto tempo. Responda sempre pensando na semana passada, mesmo que na última semana, por algum motivo, você não tenha feito todas as atividades que costuma fazer.

IPEQ. Q1-Q4. Durante a última semana, quanto tempo mais ou menos você gastou por semana nas atividades abaixo?

Caso você não faça nenhuma atividade, marque com (x) o parêntese abaixo e passe para a questão 5. () Nenhum

Tipo de exercício		Duração por sessão
IPEQ_Q1 Aulas de ginástica (1) sim (0) não	IPEQ_Q1A. Número de vezes /semana _____	IPEQ_Q1B (1) – 30 min (2) 30-45 min (3) + 45 min (4) 1-2h (5) 2-4h
IPEQ_Q2 Exercícios em casa (ex. bicicleta ergométrica, alongamento). (1) sim (0) não	IPEQ_Q2A Número de vezes /semana _____	IPEQ_Q2B (1) – 30 min (2) 30-45 min (3) + 45 min (4) 1-2h (5) 2-4h
IPEQ_Q3 Se você faz outro tipo de atividade física, escreva na linha abaixo: _____ (1) sim (0) não	IPEQ_Q3A Número de vezes /semana _____	IPEQ_Q3B (1) – 30 min (2) 30-45 min (3) + 45 min (4) 1-2h (5) 2-4h
IPEQ_Q4 Se você faz outro tipo de atividade física, escreva na linha abaixo: _____ (1) sim (0) não	IPEQ_Q4A Número de vezes /semana _____	IPEQ_Q4B (1) – 30 min (2) 30-45 min (3) + 45 min (4) 1-2h (5) 2-4h

ANEXO 7 Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?

Horário de deitar: _____h _____min

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?

Minutos demorou a adormecer: _____min

3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?

Horário de acordar: _____h _____min

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

Horas de noite de sono: _____h _____min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Ter dificuldade para respirar:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Tossir ou ressonar alto:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

f) Sentir muito frio:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

g) Sentir muito calor:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

i) Sentir dores:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?

☐ Muito boa	☐ Boa	☐ Má	☐ Muito Má
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

☐ Não	☐ Sim, mas em outro quarto	☐ sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama	☐ sim, na mesma cama
------------------------------	---	--	---

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado, **você teve:**

a) Ronco alto:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Movimentos de pernas durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

☐ Nunca	☐ Menos de 1x/semana	☐ 1 ou 2x/semana	☐ 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

ANEXO 8

Escala de Sonolência de Epworth

Qual possibilidade de você cochilar ou adormecer nas seguintes situações?

Situações	Chance de cochilar - 0 a 3
1. Sentado e lendo	
2. Vendo televisão	
3. Sentado em lugar público sem atividades como sala de espera, cinema, teatro, igreja	
4. Como passageiro de carro, trem ou metro andando por 1 hora sem parar	
5. Deitado para descansar a tarde	
6. Sentado e conversando com alguém	
7. Sentado após uma refeição sem álcool	
8. No carro parado por alguns minutos no durante trânsito	
Total	

- 0** - nenhuma chance de cochilar
1 - pequena chance de cochilar
2 – moderada chance de cochilar
3 - alta chance de cochilar

Dez ou mais pontos – sonolência excessiva que deve ser investigada

ANEXO 9

Índice de Gravidade de Insônia

1. Por favor, avalie a gravidade atual da sua insônia (por exemplo, nas duas últimas semanas) em relação

a) Dificuldade em pegar no sono

Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
0	1	2	3	4

b) Dificuldade em manter o sono

Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
0	1	2	3	4

c) Problema de despertar muito cedo

Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
0	1	2	3	4

2. Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o padrão atual de seu sono?

Muito satisfeito	Satisfeito	Indiferente	Insatisfeito	Muito insatisfeito
0	1	2	3	4

3. Em que medida você considera que seu problema de sono interfere nas suas atividades diurnas (por exemplo: fadiga diária, habilidade para trabalhar/ executar atividades diárias, concentração, memória, humor, etc.)

Não interfere	Interfere um pouco	Interfere de algum modo	Interfere muito	Interfere extremamente
0	1	2	3	4

4. Quanto você acha que os outros percebem que o seu problema de sono atrapalha sua qualidade de vida?

Não percebem	Percebem um pouco	Percebem de algum modo	Percebem muito	Percebem extremamente
0	1	2	3	4

5. O quanto você está preocupado/ estressado com o seu problema de sono?

Não estou preocupado	Um pouco preocupado	De algum modo preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado
0	1	2	3	4

Interpretação

O somatório da pontuação atingida é, então, categorizado em:

- Ausência de insônia clinicamente significativa (0 a 7 pontos).
- Insônia leve (8 a 14 pontos).
- Insônia moderada (15 a 21 pontos).
- Insônia grave (22 a 28 pontos).

Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med 2001; 2: 297-307.
Morin CM. Insomnia: psychological assessment and management. New York: Guilford Press, 1993.
Traduzido de C.M. Morin (1993).

ANEXO 10

Questionário de Queixas de Sono - UFMG

Instrução: Estamos interessados em saber o quanto de atividade física você fez na última semana. Para isto precisamos saber quais atividades você fez, quantas vezes por semana e por quanto tempo. Responda sempre pensando na semana passada, mesmo que na última semana, por algum motivo, você não tenha feito todas as atividades que costuma fazer.

IPEQ. Q1-Q4. Durante a última semana, quanto tempo mais ou menos você gastou por semana nas atividades abaixo?

Caso você não faça nenhuma atividade, marque com (x) o parêntese abaixo e passe para a questão 5. () Nenhum

Tipo de exercício		Duração por sessão
IPEQ_Q1 Aulas de ginástica (1) sim (0) não	IPEQ_Q1A. Número de vezes /semana _____	IPEQ_Q1B (1) – 30 min (2) 30-45 min (3) + 45 min (4) 1-2h (5) 2-4h
IPEQ_Q2 Exercícios em casa (ex. bicicleta ergométrica, alongamento). (1) sim (0) não	IPEQ_Q2A Número de vezes /semana _____	IPEQ_Q2B (1) – 30 min (2) 30-45 min (3) + 45 min (4) 1-2h (5) 2-4h
IPEQ_Q3 Se você faz outro tipo de atividade física, escreva na linha abaixo: _____ (1) sim (0) não	IPEQ_Q3A Número de vezes /semana _____	IPEQ_Q3B (1) – 30 min (2) 30-45 min (3) + 45 min (4) 1-2h (5) 2-4h
IPEQ_Q4 Se você faz outro tipo de atividade física, escreva na linha abaixo: _____ (1) sim (0) não	IPEQ_Q4A Número de vezes /semana _____	IPEQ_Q4B (1) – 30 min (2) 30-45 min (3) + 45 min (4) 1-2h (5) 2-4h

ANEXO II

Mini Avaliação Nutricional (MAN)

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MNA®) – COMPLETA

Versão em português

Nome: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino () Feminino

Avaliador: _____

Responda às perguntas abaixo e some os pontos de cada uma delas. Some os pontos da triagem (itens A a F).
Se o resultado for 11 pontos ou menos, continue com os itens G a R para obter a pontuação final.

TRIAGEM	ITENS G – R (continuar apenas se subtotal ≤ 11 pontos)
A. O paciente teve perda de apetite? Teve diminuição da ingestão alimentar nos últimos 3 meses devido à perda de apetite, problemas digestivos, dificuldade de mastigar ou engolir? 0 = diminuição acentuada da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	G. O paciente vive independentemente em sua própria casa? 1 = sim 1 = sim 0 = não
B. Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = perda de peso > 3 kg 1 = não sabe 2 = perda de peso entre 1 e 3 kg 3 = não houve perda de peso	H. Toma mais de 3 medicamentos por dia? 0 = sim 1 = não
C. Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	I. Úlceras ou lesões de pele? 0 = sim 1 = não
D. Sofreu estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses? 0 = sim 2 = não	J. Quantas refeições completas o paciente faz por dia? 0 = 1 refeição 1 = 2 refeições 2 = 3 refeições
E. Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão grave 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	K. Consome? • Produtos lácteos pelo menos 1 vez ao dia 0 = não • Ovos ou leguminosas 1 a 2 vezes por semana 0,5 = sim • Carne, peixe ou aves diariamente 0,5 = sim
F. Índice de massa corporal (IMC) = peso (kg) / altura (m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	L. Consome frutas ou hortaliças pelo menos 2 vezes por dia? 0 = não 1 = sim
Subtotal (A a F) (pontuação máxima = 14 pontos)	M. Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite, etc.) o paciente consome por dia? 0 = menos de 3 copos 0,5 = 3 a 5 copos 1 = mais de 5 copos
	N. Forma de se alimentar 0 = necessita de ajuda 1 = alimenta-se sozinho
	O. O paciente se considera bem nutrido? 0 = desnutrido 1 = não sabe 2 = bem nutrido
	P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente avalia sua saúde? 0 = pior 0,5 = não sabe 1 = igual 2 = melhor
	Q. Circunferência da panturrilha (CP) em cm 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31
	R. Circunferência do braço (CB) em cm 0 = CB < 21 0,5 = CB ≥ 21 e ≤ 22 1 = CB > 22
	Subtotal (G a R) (pontuação máxima = 16 pontos)
PONTUAÇÃO TOTAL (A a R) = _____ (pontuação máxima = 30 pontos)	

INTERPRETAÇÃO DA PONTUAÇÃO

Pontuação total	Classificação
24 a 30 pontos	Estado nutricional adequado
17 a 23,5 pontos	Risco de desnutrição
Menos de 17 pontos	Desnutrição

Instruções de uso

- Realizar a TRIAGEM (A a F).
- Se o subtotal for ≤ 11 pontos, continuar com os itens G a R.
- Somar todos os pontos para obter a pontuação total.

REFERÊNCIA (ABNT):

VELLAS, B.; VILLARS, H.; ABELLAN, G.; et al. Overview of the MNA® – Its history and challenges.

The Journal of Nutrition, Health & Aging, v. 10, n. 6, p. 456–465, 2006. <https://doi.org/10.1007/BF02982648>

ANEXO 12

General Self-Efficacy Scale - Escala de Autoeficácia Geral

Abaixo são apresentadas algumas frases. Leia cada frase e circule o número que melhor descreve você, conforme o esquema de respostas abaixo:

1- não é verdade a meu respeito	2- é dificilmente verdade a meu respeito	3- é moderadamente verdade a meu respeito	4- é totalmente verdade a meu respeito	
1. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos	1	2	3	4
4. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
5. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
8. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
9. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
10. Não importa a adversidade, eu geralmente consigo enfrentar enfrentá-la.	1	2	3	4