

Questionário

Avaliação da capacidade funcional e fatores determinantes do declínio funcional em idosos

Inquérito N°. _____

Concelho _____

Data da aplicação do inquérito: ____/____/____

1. Respondente

☐ O Próprio

☐ Esposo(a)

☐ Outro familiar

☐ Não familiar

2. Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

3. Idade _____

4. Naturalidade: _____

5. Qual o vínculo com a Instituição?

☐ Centro de Dia

☐ Apoio Domiciliário

Dados Socioeconómicos

6. Qual seu estado civil?

☐ Casado(a).

☐ Viúvo(a).

☐ Solteiro(a).

☐ Separado(a) / Divorciado(a)

7. Onde vive atualmente?

☐ Casa

☐ Apartamento

☐ Outro

8. Com quem vive (assinalar todas as hipóteses possíveis)

☐ Sozinho(a)

☐ Cônjuge

☐ Filho(s)

☐ Outros familiares

☐ Cuidador

☐ Outro

9. Quantas pessoas vivem consigo (incluindo você)?

☐ Vive sozinho

☐ Duas pessoas

☐ Três pessoas

☐ Quatro pessoas

☐ 5 ou mais pessoas

10. Qual é a sua atual situação profissional?

☐ Reformado(a)

☐ Desempregado(a)

☐ Ativo(a) (empregado)

☐ Outro

11. Forma básica de rendimento

☐ Pensão/Reforma

☐ Trabalho profissional

☐ Depende do rendimento da família

☐ Outro

12. Nível de Escolaridade

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ _0 Nenhum | ☐ _3 Secundário Incompleto | ☐ _6 Superior Completo |
| ☐ _1 Básico Incompleto | ☐ _4 Secundário Completo | |
| ☐ _2 Básico Completo | ☐ _5 Superior Incompleto | |

13. Qual o principal meio de transporte que você utiliza?

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| ☐ _0 Transporte público urbano | ☐ _2 Família/amigos (boleia) | ☐ _4 Outro |
| ☐ _1 Veículo próprio | ☐ _3 Institucional | |

14. Utiliza que tipo de cuidados de saúde?

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| ☐ _0 Instituições privadas | ☐ _1 Sistema Nacional de Saúde | ☐ _2 ADSE |
|---|---|----------------------------------|

História médica passada

15. Já esteve internado(a)?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ _0 Não | ☐ _1 Sim |
|---------------------------------|---------------------------------|

16. Já foi submetido a algum procedimento cirúrgico?

- | | |
|---------------------------------|--|
| ☐ _0 Não | ☐ _1 Sim. Motivo? _____ |
|---------------------------------|--|

17. Alguma vez já caiu? Há quanto tempo?

- | | |
|---|---|
| ☐ _0 Não | ☐ _2 Sim. Há menos de 1 ano. |
| ☐ _1 Sim. Há mais de 1 ano | Se caiu no último ano, quantas vezes caiu? _____ |

18. Onde caiu?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ _0 Em casa | ☐ _1 Na rua |
|-------------------------------------|------------------------------------|

19. Se alguma vez caiu, essa (s) queda (s) causam-lhe alguma limitação (sequelas)?

- | |
|--|
| ☐ _0 Não tem sequelas |
| ☐ _1 Tem sequelas sem alteração da marcha e/ou mobilidade |
| ☐ _2 Tem sequelas com alteração da marcha e/ou mobilidade |

20. Utiliza alguma ajuda técnica para se deslocar (bengala ou andarilho)?

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ _0 Não | ☐ _1 Sim |
|---------------------------------|---------------------------------|

21. No último ano, a quantas consultas médicas foi?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ _0 Nenhuma | ☐ _2 3 ou 4 consultas |
|-------------------------------------|--|

☐ 1 ou 2 consultas

☐ 3 ou mais consultas

História médica atual

22. Atualmente, como define o seu estado de saúde?

☐ 0 Muito bom

☐ 2 Razoável

☐ 1 Bom

☐ 3 Muito mau

23. Utiliza regularmente algum tipo de medicação (cite no máximo 3 medicamentos)?

☐ 0 Não

☐ 1 Sim. Quais? 1. _____

2. _____

3. _____

24. Quantos medicamentos toma por dia?

☐ 0 Nenhum

☐ 2 3 ou 4

☐ 1 1 ou 2

☐ 3 5 ou mais

25. Tem alguma doença crónica (doença de longa duração) diagnosticada por um médico?

☐ 0 Não

☐ 1 Sim

26. Quais das seguintes condições já lhe foram diagnosticadas: (assinalar todas as hipóteses possíveis)

☐ 0 Doenças Respiratórias (bronquite, ASMA, DPOC)

(Há quanto tempo? _____)

☐ 1 Diabetes

(Há quanto tempo? _____)

☐ 2 Doenças do foro Reumatológico (artrose, osteoporose, artrite, polimialgia, escoliose)

(Há quanto tempo? _____)

☐ 3 Doenças Cardiovasculares (hipertensão, insuficiência cardíaca, angina, arritmias, sequelas de enfarte)

(Há quanto tempo? _____)

☐ 4 Doenças Psiquiátricas (depressão, ansiedade, insónia)

(Há quanto tempo? _____)

☐ 5 Problemas Oncológicos (Tipo: _____)

(Há quanto tempo? _____)

☐ 6 Doenças/alterações do foro visual (catarata, glaucoma, defeitos refrativos)

(Usa óculos? ☐ 0 Não ☐ 1 Sim)

☐ 7 Doenças/disfunções do foro auditivo (labirintite, perda auditiva)

(Usa AASI? ☐ 0 Não ☐ 1 Sim)

☐ 8 Outras (geniturinárias, gastrointestinais, problemas de nutrição)

(Há quanto tempo? _____)

Qual? _____

27. Que outros problemas o impedem de realizar atividades no dia a dia?

☐ 0 Dores

☐ 3 Diminuição da Força

☐ 1 Diminuição do equilíbrio

☐ 4 Problemas de circulação

☐ 2 Diminuição da flexibilidade

28. Considera que essas condições ou problemas interferem na sua qualidade de vida?

[]₀ Não []₁ Sim

Hábitos de vida

29. Fuma ou alguma vez já fumou regularmente?

[]₀ Não []₁ Sim

30. Tem se alimentado bem no último mês?

[]₀ Não []₁ Sim

31. Quantas refeições faz por dia?

[]₀ Uma []₂ Três

[]₁ Duas []₃ 4 ou mais

PESO ATUAL _____

32. Tem alguma dificuldade para dormir?

[]₀ Não []₁ Sim

33. Usa algum medicamento para dormir?

[]₀ Não []₁ Sim

34. Atualmente, realiza alguma atividade física? Quantas vezes por semana?

[]₀ Não realiza []₂ 3 ou 4 vezes por semana []₄ Todos os dias

[]₁ 1 ou 2 vezes por semana []₃ 5 ou 6 vezes por semana

35. Se realiza atividade física, quanto tempo dispõe para a atividade física por dia?

[]₀ Não realiza []₂ 15 a 30 minutos []₄ Mais de uma hora

[]₁ 10 a 15 minutos []₃ 40 a 50 minutos

Estado Emocional

36. Atualmente, como classifica seu estado emocional/estado de ânimo?

[]₀ Muito bom []₂ Razoável

[]₁ Bom []₃ Muito mau

37. No último mês, sentiu-se triste ou deprimido(a)?

[]₀ Não []₂ Sim. Metade do tempo

[]₁ Sim. Pouco tempo []₃ Sim. Muito tempo

Questionário adaptado do Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa, Novembro de 2010.