

## **PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO**

### **QUESTIONÁRIO**

O presente questionário foi elaborado no âmbito da disciplina Estágio e Projecto de Graduação, do 4º ano, da licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

Trata-se de um instrumento de recolha de dados para um trabalho de investigação sobre o a influência do envelhecimento activo na qualidade de vida dos idosos, residentes na Freguesia de Mazouco, do Concelho Freixo de Espada à Cinta.

As instruções de resposta às questões colocadas são fornecidas durante o questionário.

Informa-se que o questionário é individual, anónimo e confidencial. Não existem respostas correctas ou erradas, o questionário pretende simplesmente conhecer a opinião de cada respondente.

Obrigado pela sua atenção e colaboração.

O Aluno

Pedro Manuel Gabriel Páscoa

Porto, Março de 2008

#### **I – Caracterização demográfica e social**

1. **Género:** Feminino  Masculino

2. **Idade** [\_\_\_\_\_] anos

3. **Estado civil:** Solteiro [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Viúvo [ ]

4. **Habilitações literárias**

Sem escolaridade [ ]

Com escolaridade [ ]

Ensino Básico [ ]

Ensino secundário [ ]

Ensino superior [ ]

1º Ano [ ]

6º Ano [ ]

10º Ano [ ]

Bacharelato [ ]

2º Ano [ ]

7º Ano [ ]

11º Ano [ ]

Licenciatura [ ]

3º Ano [ ]

8º Ano [ ]

12º Ano [ ]

4º Ano [ ]

9º Ano [ ]

5º Ano [ ]

5. **Qual foi a sua área de actividade profissional?** (Especifique a actividade laboral)

Agricultura [ ]: \_\_\_\_\_

Comércio [ ]: \_\_\_\_\_

Serviços [ ]: \_\_\_\_\_

Transporte [ ]: \_\_\_\_\_

Construção civil [ ]: \_\_\_\_\_

Ensino [ ]: \_\_\_\_\_

Saúde [ ]: \_\_\_\_\_

6. **Qual a sua ocupação actual?** \_\_\_\_\_

Doméstica [ ] Agricultor [ ] Outras: \_\_\_\_\_

Labores [ ] Horticultor [ ]

7. **Com quem vive?**

Vive sozinho [ ] Vive com os filhos [ ]

Vive com cônjuge  Outros:  Qual? \_\_\_\_\_

**8. Tem Médico de família?** Sim  Não

Se sim, com que frequência vai ao Médico? \_\_\_\_\_

**9. Tem doença crónica relacionada com:**

Doença do coração

Doença circulatória

Hipertensão Arterial

Diabetes Mellitus

Osteoporose

Aparelho locomotor

Aparelho respiratório

Sistema nervoso

Outra: \_\_\_\_\_

**10. Teve alguma doença aguda recentemente?** Sim  Não

Se sim qual? \_\_\_\_\_

**11. Utiliza serviços de:**

Apoio domiciliário

Centro de dia

Centro de convívio

Outro

**II - Envelhecimento activo pela actividade ocupacional**

**1. Habitualmente pratica alguma actividade ocupacional?** Sim  Não

**Se sim, com que frequência?**

1 vez por dia

3 vezes dia

2 vezes por dia

Mais de 4 vezes dia

**Durante quanto tempo?**

≤ 1 hora

2 – 3 horas

1 – 2 horas

Mais de 3 horas

**Que tipo de actividade ocupacional pratica?**

---

---

### **III - Envelhecimento activo pelo exercício físico**

**1. Habitualmente pratica algum exercício físico?** Sim  Não

**Se sim, com que frequência?**

1 vez semana

3 vezes semana

2 vezes semana

Mais de 4 vezes semana

**Durante quanto tempo?**

≤ 15 minutos

31- 45minutos

16-30 minutos

46- 60 minutos

≥61 minutos

**Que tipo de exercício pratica?**

---

---

### **IV – Caracterização da qualidade de vida e bem estar**

(Versão Portuguesa do EASYcare – Sistema de Avaliação de Idosos)

## Incapacidade física

**1. Vê bem?** (se usar óculos, com eles colocados)

Sim

Com dificuldades

Não consegue ver nada

**2. Ouve bem?** (se usar "aparelho", com ele colocado)

Sim

Com dificuldades

Não consegue ouvir nada

**3. Tem dificuldade em mastigar a comida?** (se usar dentadura, com ela colocada)

Sem dificuldade

Alguma dificuldade

Incapaz de comer

**4. Sente que as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo, devido a problemas que possa ter com a fala?**

Sem dificuldade

Dificuldade com algumas pessoas

Dificuldade considerável com toda a gente

## Qualidade de vida percebida pelo sujeito

**5. Considera que a sua saúde é...**

Excelente

Muito Boa

Boa

Razoável

Fraca

**6. Sente-se sozinho?**

Nunca

Raramente

Algumas vezes

Frequentemente

Sempre

**7. Em geral, diria que a sua habitação é...**

Excelente

Muito Boa

Boa

Razoável

Fraca

## Área funcional

**8. Consegue fazer o seu trabalho doméstico?**

- Sem ajuda (limpar o chão, etc.)
- Com alguma ajuda (faz trabalhos leves mas precisa de ajuda nos pesados)
- Completamente incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico

**9. Consegue preparar as suas próprias refeições?**

- Sem ajuda (decide e cozinha para si próprio)
- Com alguma ajuda (prepara algumas coisas/incapaz de cozinhar refeições completas)
- Completamente incapaz de preparar as refeições

**10. Consegue ir às compras?**

- Sem ajuda (tomando por si próprio conta das suas compras)
- Com alguma ajuda (precisa de alguém para ir consigo para todas as compras)
- Completamente incapaz de fazer qualquer compra

**11. Consegue administrar o seu próprio dinheiro?(pagar contas, contar dinheiro, etc.)**

- Sem ajuda (passar cheques, paga contas, etc.)
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de administrar o seu dinheiro

**12. Consegue usar o telefone?**

- Sem ajuda, incluindo procurar os números e disar
- Com alguma ajuda
- Completamente incapaz de usar o telefone

**13. Consegue tomar os seus medicamentos?**

- Sem ajuda ( nas doses certas e às horas indicadas)
- Com alguma ajuda (toma alguns se alguém os preparar ou o lembrar de os tomar)
- Completamente incapaz de tomar os seus medicamentos

**Quem o Ajuda?**

(Nas questões n.ºs 8 a 13, sendo a resposta **com alguma ajuda** ou **completamente incapaz**)

- Cônjuge ou companheiro(a)  Membro da família

Amigo/vizinho	<input type="checkbox"/>	Ajuda privada (Ex.: empregada)	<input type="checkbox"/>
Ajuda pública (Ex.: serv. de instituição)	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>
Ajuda não disponível	<input type="checkbox"/>	Não precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>

## Mobilidade

### 14. Consegue sair de casa e caminhar na rua?

Sem ajuda	<input type="checkbox"/>
Com alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
Completamente incapaz de andar fora de casa	<input type="checkbox"/>

### 15. Consegue movimentar-se dentro de casa?

Sem ajuda	<input type="checkbox"/>
Numa cadeira de rodas sem ajuda	<input type="checkbox"/>
Com alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
Acamado	<input type="checkbox"/>

### 16. Consegue subir e descer escadas?

Sem ajuda (e sem qualquer apoio – ex: corrimão, pegas)	<input type="checkbox"/>
Com alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
Incapaz de subir ou descer escadas	<input type="checkbox"/>

### 17. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem próximas uma da outra?

Sem ajuda	<input type="checkbox"/>
Com alguma ajuda	<input type="checkbox"/>
É completamente incapaz de se deslocar da cama para a cadeira	<input type="checkbox"/>

### 18. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira-sanitária)?

Sem ajuda (chegar à sanita ou a cadeira-sanitária, despir o necessário, lavar-se e ir embora)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas incluindo limpar-se)

Completamente incapaz de usar a sanita ou a cadeira-sanitária

### **19. Consegue usar a banheira ou o chuveiro/polivan?**

Sem ajuda

Necessita de alguma ajuda para utilizar a banheira ou o chuveiro

Completamente incapaz de usar a banheira ou o chuveiro

### **Quem o Ajuda?**

(Nas questões n.ºs 14 a 19, sendo a resposta **com alguma ajuda** ou **completamente incapaz**)

Cônjuge ou companheiro(a)  Membro da família

Amigo/vizinho  Ajuda privada (Ex.: empregada)

Ajuda pública (Ex.: serv. de instituição)  Outra

Ajuda não disponível  Não precisa de ajuda

## **Cuidados pessoais**

### **20. Consegue cuidar da sua aparência pessoal (ex: pentear o cabelo, barbear-se, maquilhar-se, etc. )**

Sem ajuda

Com ajuda

Completamente incapaz de cuidar da sua aparência pessoal

### **21. Consegue vestir-se?**

Sem ajuda (incluindo apertar botões, puxar os fechos, apertar os atacadores, etc.)

Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas sem ajuda)

Completamente incapaz de se vestir

### **22. Consegue alimentar-se?**

Sem ajuda

Com alguma ajuda (cortar os alimentos, espalhar a manteiga, etc.)

Completamente incapaz de se alimentar

### Quem o Ajuda?

(Nas questões n.ºs 20 a 22, sendo a resposta **com alguma ajuda** ou **completamente incapaz**)

Cônjuge ou companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	Membro da família	<input type="checkbox"/>
Amigo/vizinho	<input type="checkbox"/>	Ajuda privada (Ex.: empregada)	<input type="checkbox"/>
Ajuda pública (Ex.: serv. de instituição)	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>
Ajuda não disponível	<input type="checkbox"/>	Não precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>

### Controlo esfinteriano

#### 23. Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga? (Incontinência urinária)

Sem problemas

Sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por dia)

Tem problemas frequentes (uma ou mais vezes ao dia) ou necessita de algália

#### 24. Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos? (incontinência fecal)

Sem problemas

Sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por semana)

Tem problemas frequentes

### Quem o Ajuda?

(Nas questões n.ºs 23 e 24, sendo a resposta **problemas ocasionais** ou **problemas frequentes**)

Cônjuge ou companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	Membro da família	<input type="checkbox"/>
Amigo/vizinho	<input type="checkbox"/>	Ajuda privada (Ex.: empregada)	<input type="checkbox"/>
Ajuda pública (Ex.: serv. de instituição)	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>
Ajuda não disponível	<input type="checkbox"/>	Não precisa de ajuda	<input type="checkbox"/>

### Escala Geriátrica de Depressão

25. Sente-se, em geral, satisfeito com a sua vida? Sim  Não

26. Sente que a sua vida é vazia? Sim  Não

27. Tem medo de que alguma coisa má lhe vá acontecer? Sim  Não

28. Sente-se feliz durante a maior parte do tempo? Sim  Não

### Teste de diminuição cognitiva

1. Em que ano estamos? Acertou  Errou

2. Em que mês estamos? Acertou  Errou

#### Frase de memória

**Repita a frase depois de eu a dizer:**

- Sr. João Silva, Rua das Flores, 42, Santarém

3. **Que horas são?** (sem olhar para o relógio, tolera-se uma margem de erro de uma hora)

Acertou  Errou

4. **Conte na ordem inversa de 20 para 1**

Acertou  Errou 1 vez  Errou mais do que uma vez

5. **Diga os meses na ordem inversa.**

Acertou  Errou 1 vez  Errou mais do que uma vez

6. **Repita a frase de memória (0-5)**

Acertou  Errou 3 vezes

Errou 1 vez  Errou 4 vezes

Errou 2 vezes  Errou mais de 4 vezes