

Anexos

Anexo 1

Entrevista

1) Dados de identificação

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Sexo M () F ()

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () outros

Aposentado: Sim () Não () Há quanto tempo: _____

Profissão anterior: _____

Ocupação atual: _____

Peso: _____ Altura: _____

2) Escolaridade

Alfabetizado: Sim () Não ()

Ensino fundamental: (1º a 4º Série) completo () incompleto ()

Ensino fundamental: (5ª a 8ª Série) completo () incompleto ()

Ensino médio: (1º a 3º Série) completo () incompleto ()

Ensino superior: completo () incompleto ()

Pós-graduado () Especialista () () Mestre Doutor ()

3) Moradia

Casa () Apartamento ()

Tem escadas: () Sim () Não

Dentro e fora de casa:

Escadas tem corrimão: () Sim () Não

Corrimão em ambos os lados: () Sim () Não

3.1) Dispõe de uma estrutura firme para alcançar lugares altos: () Sim () Não

Necessita flexionar os joelhos para alcançar lugares baixos: () sim () Não

4) Patologias

4.1) Possui algum tipo de doença: () Sim () Não

() Hipertensão arterial sistémica

() Diabetes

() Cardiopatias, _____

() Pneumopatias () Asma () Bronquite () Enfisema

- Ortopédicas Artrose Artrite Reumatóide Osteoporose
 Reumatológica Fibromialgia
 Neurológica AVC Parkinson
 Vasculares Úlceras Flebite Varizes
 Outra (s) _____

5) Possui problema de audição: Sim Não

Qual: _____

Surdez zumbidos Outros

Usa aparelho: Sim Não

6) Possui problema de visão: Sim Não

Miopia Estrabismo Astigmatismo

Usa lentes corretivas (óculos): Sim Não

7) Sistema músculo-esquelético

Utiliza algum acessório auxiliar para caminhar: Sim Não

Qual: Andador Muletas Bengalas

Caminha com ajuda de outra pessoa

Outro(s): _____

8) Medicamentos

8.1) Faz uso de medicamentos: Sim Não

Qual (is): _____

Alopáticos Homeopáticos Fitoterápicos

Toma o(s) medicamento(s) no horário previsto: sim Não

Se a resposta for negativa, por que não? _____

9) Prática de exercícios

Realiza algum tipo de exercício físico? Sim Não

Qual: _____

9.1) Com que frequência:

1 vez por semana 4 vezes por semana 6 vezes por semana

2 vezes por semana 5 vezes por semana 7 vezes por semana

3 vezes por semana

9.2) Durante quanto tempo:

30 minutos menos de 30 minutos

mais de 30 minutos acima de 60 minutos

9.3) Intensidade: () Leve () Moderada () Intenso

Leve: Consegue falar após o exercício () Sim () Não

Moderada: fala, mas sente-se cansado () Sim () Não

Intenso: Não consegue falar após o exercício () Sim () Não

10) Quedas

Teve algum episódio de quedas? () Sim () Não

Como: _____

Quando: _____

Local da queda: _____

10.1) Quais os sintomas identificados antes da queda:

() tonturas () náuseas () taquicardia

() debilidade de um lado do corpo

() dificuldade na fala / ou fala atrapalhada

() debilidade repentina de andas as pernas

() Outro (s): _____

10.2) Tem medo de cair? () sim () não

10.3) Você já recebeu alguma informação de como evitar a queda? () sim () não

11) Mecanismo de queda:

() Tropeçou

() Escorregou

() Parada rápida

() giro da cabeça

() levantou da cadeira rapidamente

() outro (s) _____

Na sua opinião, a prática de exercício físico regular contribui para a diminuição das quedas? _____

Anexo 2

Tabela 4: Caracterização da restante amostra.

Dados Pessoais	Sim	Não
Feminino	100%	0%
Masculino	0%	100%
Solteira	18%	82%
Casada	0%	100%
Viúva	64%	36%
Divorciada	18%	82%
Aposentada	100%	0%
Exerceu actividade profissional	82%	18%
Ocupação/hobbies actualmente	36%	64%
Analfabeto	36%	64%
Institucionalização	100%	0%
Patologias	100%	0%
Problemas de audição	45%	55%
Problemas de visão	64%	36%
Auxiliar de marcha	9%	91%
Medicamentos	100%	0%
Exercício físico	0%	100%
Quedas nos últimos 12 meses	81%	19%
Medo de cair	91%	9%