

Apêndices

Apêndice 1 – Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Ana Dias da Rocha Viana de Andrade, licenciada em Fisioterapia e mestranda do último ano do “Mestrado em Fisioterapia” pela Escola Superior de Saúde das Tecnologias de Lisboa pretendo realizar, no âmbito curricular do referido mestrado, um projeto de levantamento de dados sobre a história de quedas, a qualidade de vida e atividade física junto da população idosa.

Para a realização deste projeto peço a sua colaboração para o estudo no sentido de preencher, dois questionários, que apenas será necessário responder uma vez, de modo a recolher dados sobre o estado de saúde, atividade física e qualidade de vida para ser possível estabelecer uma relação entre eles e no futuro elaborar um programa de atividade física adequado a esta população.

Todos os dados recolhidos e resultados obtidos são confidenciais e privados assegurando o anonimato dos inquiridos.

Assinatura:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que me inquiriu. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo e/ou a responder a questões que não considero apropriadas sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Apêndice 2

Questionário a Idosos na Comunidade

Data: ____/____/____

Identificação do Idoso

1. Nome:

2. Idade: _____

3. Sexo: Masculino Feminino

4. Estado Civil:

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Casado(a)

Divorciado/Separado

5. Fuma ou alguma vez fumou regularmente?

Sim

Não

História Clínica Actual

6. Quais das seguintes condições já lhe foram diagnosticadas?

Doenças Cardiovasculares

Osteoporose

Hipercolesterolemia

Diabetes Tipo II

Problemas oncológicos Local _____

Doenças neurológicas Quais _____

Doenças Respiratórias Quais _____

7. Quais das seguintes alterações sensoriais apresenta?

Formigueiros/dormências Local _____

Comprometimento Visual

Comprometimento Auditivo

7.1. Usa óculos

Sim

Não

7.2. Usa Aparelho

Sim

Não

8. Que outros problemas o impedem de realizar a sua vida?

Dores

Hérnias discais

Diminuição do equilíbrio

Diminuição da Força

Diminuição da flexibilidade

Má circulação

Outros _____

9. Quantos medicamentos toma?

≤ 4

> 4

9.1. Que medicação toma?

- Hipertensão Colesterol
 Diabetes Ansiolíticos
 Dores Anti-depressivos
 Outros _____

Quedas e Marcha

10. Tem medo de cair?

- Sim Não

11. Caiu nas últimas 4 semanas?

- Sim Não

12. Consequências da queda:

- Dor(es) Hematomas
 Fratura(s) Outras

13. Utiliza auxiliares de marcha?

- Sim Não

Tempo Livre e Actividade Física

14. Como utiliza o seu tempo livre?

- A não fazer nada Pintar Bordar
 Ver televisão Ler Conversar
 Actividade Física Outros

15. Que actividades física costuma realizar?

- Tarefas domésticas Compras Jardinagem
 Dançar Ginástica Caminhar
 Subir escadas Outras _____

16. Atualmente de quanto tempo dispõe para atividade física por semana?

- Nenhum 60-75 min
 ≥ 30 min 75-150 min
 30-60 min < 150 min

17. Gostava de realizar mais atividades física?

- Sim Não

18. Que tipo de atividades gosta ou gostaria de realizar em grupo?

- Caminhadas Bailes
 Exercícios de fortalecimento Exercícios de equilíbrio
 Jogos tradicionais (malha, macaca) Yoga/tai-chi
 Outros _____

19. Quantos minutos/semana está disposto a despende para realizar atividade física?

- Nenhum 60-75 min
 ≥ 30 min 75-150 min
 30-60 min < 150 min

Fim do Questionário

