

QUESTIONÁRIO

A temática deste questionário é: “Envelhecer em segurança: prevenção de quedas no domicílio”.

O objectivo deste trabalho é identificar os factores de risco que estão na base das quedas no domicílio, contribuindo para a promoção de um envelhecimento activo, em questões de segurança

Todas as informações recolhidas serão confidenciais e anónimas.

PARTE 1

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO - DEMOGRÁFICA

Nº Cód. □□□

1. Idade? _____

2. Género?

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

3. Estado Civil?

Solteiro (a)	<input type="checkbox"/>
Casado (a) / união de facto	<input type="checkbox"/>
Divorciado (a) / separado (a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo (a)	<input type="checkbox"/>

4. Habilitações Literárias

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
1.º ciclo (até 4.º ano)	<input type="checkbox"/>
2.º ciclo (5.º e 6.º ano)	<input type="checkbox"/>
3.º ciclo (7.º, 8.º e 9.º ano)	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (10.º, 11.º e 12.º ano)	<input type="checkbox"/>
Curso profissional	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Curso Superior	<input type="checkbox"/>

5. Profissão (antes da reforma)? _____

6. Com quem vive?

	SIM	NÃO
Sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com o cônjuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com filho (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com sobrinho (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com neto (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com irmão (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros? Quem? _____

Parte 2
ESTADO DE SAÚDE ACTUAL

7. Ingere quatro ou mais medicamentos por dia? Sim Não

7.1 Que medicamentos ingere?

	SIM	NÃO
Diuréticos ou com efeitos diuréticos		
Anti-hipertensores ou depressores do sistema nervoso central		
Medicação que aumenta a motilidade gastrointestinal		

8. Problemas de saúde actuais

	SIM	NÃO
Obesidade		
Diabetes		
Hipertensão arterial		
Doenças reumáticas		
Osteoporose		
Problemas de visão		
Problemas de audição		

Outro (s)? Qual (quais)? _____

9. Se tem diminuição da visão usa meios para a corrigir? Sim Não

10. Se tem diminuição da audição usa meios para a corrigir? Sim Não

Parte 3
MOBILIDADE

11. Consegue caminhar sem dificuldade? Sim Não

12. Necessita de auxiliares para caminhar? Sim Não

12.1. Se sim, quais?

	SIM	NÃO
Bengala		
Muletas		
Andarilho		
Cadeira de rodas		
Tripé		

13. É incapaz de se levantar de uma cadeira, sem utilizar o apoio de, pelo menos, um dos braços? Sim Não

14. Tem problemas de equilíbrio? Sim Não

15. Já sofreu alguma queda? Sim Não

15.1. Se sim, quantas vezes?

1	
2	
3	
4	
5 ou mais vezes	

15.2. Há quanto tempo deu a última queda?

Menos de um mês	
Entre 1 a 6 meses	
Entre 6 meses a 1 ano	
Há mais de 1 ano	

15.3 Em que local caiu?

	SIM	NÃO
Escadas		
Quarto		
Casa de banho		
Cozinha		
Sala		
Corredor		
Quintal		
Outro		

15.4. Qual o motivo da queda?

	SIM	NÃO
Tonturas		
Desequilíbrio		
Tropeção		

Outro (s)? Qual (quais)? _____

16. Após a queda teve necessidade de ser internado? Sim Não

16.1. Se sim, que consequências resultaram? _____

Parte 4
AMBIENTE FÍSICO
CASA DE BANHO

		SIM	NÃO
Tem tapete de borracha no chuveiro?			
Tem barras de segurança no chuveiro?			
Tem assento fixo para lavar os pés?			
Tem tapete anti-derrapante junto ao chuveiro?			
Tem porta toalhas e suporte para produtos de higiene e de fácil acesso?			
Tem barras de apoio junto à sanita?			
Tem boa iluminação?			
Tem piso anti-derrapante?			
Tem luz de emergência?			
INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS		

QUARTO

		SIM	NÃO
Quando sentado na cama consegue apoiar os pés no chão?			
O mobiliário está fixo ao chão?			
Consegue aceder a interruptores da luz sem se levantar da cama?			
Tem tapetes?			
Tem fios eléctricos soltos?			
Tem luz de emergência?			

INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS

COZINHA

	SIM	NÃO
Os armários são muito altos para si?		
O piso é anti-derrapante?		
Tem tapetes?		
Tem boa iluminação?		
Tem fios eléctricos soltos?		
Tem luz de emergência?		
INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS	

SALA

	SIM	NÃO
As cadeiras têm braços de apoio?		
Os assentos dos sofás são macios e depressíveis?		
Os sofás têm apoios laterais?		
Tem boa iluminação?		
Tem fios eléctricos soltos?		
Tem luz de emergência?		
As mobílias estão fixas?		

INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS

ESCADAS/DEGRAUS

		SIM	NÃO
Têm corrimão?			
Tem boa iluminação?			
Tem tapetes junto ao 1.º e último degrau?			
Tem dificuldade em subir/descer?			
INFORMAÇÕES	MUDANÇAS EFECTIVADAS		

Adaptado a partir de avaliação Jefferson Area Board for Aging (1998) da segurança em casa (Stanhope & Lancaster, 2011); instrumento para avaliar o risco de quedas (Potter & Perry, 2006;) e adaptações no domicílio para prevenir quedas (Duarte & Barbosa, 2011 in Ribeiro & Paúl, 2011).

Obrigado pela sua colaboração!