



FIBRA FASE I

1. DATA ENTREVISTA: ____/____/____ 2. HORA DE INÍCIO: ____ : ____ 3. HORA DE TÉRMINO: ____ : ____
4. CÓDIGO DO ENTREVISTADOR: _____

CONTROLE DE QUALIDADE

DATA				
STATUS				
OBSERVAÇÃO				

STATUS DO QUESTIONÁRIO: (1) questionário completo
(2) necessário fazer outro contato com o idoso
(3) esclarecer com o entrevistador
(4) perdido

CÓDIGO DO REVISOR:

5. STATUS FINAL DO QUESTIONÁRIO:

6. CÓDIGO DO PARTICIPANTE:

7. Nome: _____

8. Endereço: _____ 9. Bairro: _____

10. Telefone: _____

11. Data de nascimento: ____/____/____ 12. Idade: _____

13. Gênero: (1) Masc. (2) Fem.

14. Assinatura do TCLE: (1) Sim (2) Não

15. Nome de familiar, amigo ou vizinho para contato: _____

16. Telefone: _____

17. OBS.: _____

I – Estado Mental

Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco da sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

QUESTÕES	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO
18. Em que ano nós estamos?	(1) Certo (0) Errado	18. <input type="text"/>
19. Em que estação do ano nós estamos?	(1) Certo (0) Errado	19. <input type="text"/>
20. Em que mês nós estamos?	(1) Certo	20. <input type="text"/>

		(0) Errado	
21. Em que dia da semana nós estamos?		(1) Certo (0) Errado	21. <input type="checkbox"/>
22. Em que dia do mês nós estamos?		(1) Certo (0) Errado	22. <input type="checkbox"/>
23. Em que estado nós estamos? (RJ, Guanabara)		(1) Certo (0) Errado	23. <input type="checkbox"/>
24. Em que cidade nós estamos?		(1) Certo (0) Errado	24. <input type="checkbox"/>
25. Em que bairro nós estamos?(parte da cidade ou rua próxima)		(1) Certo (0) Errado	25. <input type="checkbox"/>
26. O que é este prédio em que estamos? (nome, tipo ou função)		(1) Certo (0) Errado	26. <input type="checkbox"/>
27. Em que andar nós estamos?		(1) Certo (0) Errado	27. <input type="checkbox"/>
28. Agora, preste atenção. Eu vou dizer 3 palavras e o(a) senhor(a) vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. Certo? As palavras são: REAL[pausa], MALA[pausa], CASA[pausa]. Agora repita as palavras para mim. [Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira].	28.a. REAL	(1) Certo (0) Errado	28.a. <input type="checkbox"/>
	28.b. MALA	(1) Certo (0) Errado	28.b. <input type="checkbox"/>
	28.c. CASA	(1) Certo (0) Errado	28.c. <input type="checkbox"/>
29. ATENÇÃO E CÁLCULO [série de 7] Agora eu gostaria que o(a) senhor(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. Entendeu?[pausa]. Vamos começar: quanto é 100 menos 7? Dê um ponto para cada acerto.	29.a. 93 – _____	(1) Certo (0) Errado	29.a. <input type="checkbox"/>
	29.b. 86 – _____	(1) Certo (0) Errado	29.b. <input type="checkbox"/>
	29.c. 79 – _____	(1) Certo (0) Errado	29.c. <input type="checkbox"/>
	29.d. 72 – _____	(1) Certo (0) Errado	29.d. <input type="checkbox"/>
	29.e. 65 – _____	(1) Certo (0) Errado	29.e. <input type="checkbox"/>
	29.f. Soma da atenção e cálculo	_____	(1) Certo (0) Errado
30. Solete a palavra MUNDO . Corrija os erros de soletração e então peça: Agora solete a palavra MUNDO de trás pra frente (O-D-N-U-M).[Dê 1 ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado.]	30.b. Soma do Mundo	$\begin{array}{ccccccc} _ & _ & _ & _ & _ & _ & _ \\ O & D & N & U & M & & \end{array}$	30.b. <input type="checkbox"/>
31. MEMORIA EVOCÇÃO Peça: Quais são as 3 palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse? [Não forneça pistas]	31.a. REAL	(1) Certo (0) Errado	31.a. <input type="checkbox"/>
	31.b. MALA	(1) Certo (0) Errado	31.b. <input type="checkbox"/>
	31.c. CASA	(1) Certo (0) Errado	31.c. <input type="checkbox"/>
32. LINGUAGEM Aponte o lápis e o relógio e pergunte:	32.a. O que é isto? (lápis)	(1) Certo (0) Errado	32.a. <input type="checkbox"/>
	32.b. O que é isto? (relógio)	(1) Certo (0) Errado	32.b. <input type="checkbox"/>



<p>33. Agora eu vou pedir para o Sr.(a) repetir o que eu vou dizer. Certo? Então repita: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ. (Considere somente se a repetição for perfeita)</p>		(1) Certo (0) Errado	33.
<p>34. Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa. [pausa] Preste atenção, pois eu só vou falar uma só vez. [pausa] Pegue este papel com a mão direita. [pausa]. Com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez [pausa] e em seguida jogue-o no chão. (Falar todos os comandos de uma vez só)</p>	<p>34.a. Pegar a folha com a mão direita</p> <p>34.b. Dobrar ao meio</p> <p>34.c. Jogar no chão</p>	(1) Certo (0) Errado <hr/> (1) Certo (0) Errado <hr/> (1) Certo (0) Errado	34.a. <input type="checkbox"/> 34.b. <input type="checkbox"/> 34.c. <input type="checkbox"/>
<p>35. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado a folha com o comando: FECHE OS OLHOS</p>		(1) Certo (0) Errado	35. <input type="checkbox"/>
<p>36. Peça: Por favor, escreva uma sentença.Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p>		(1) Certo (0) Errado	36. <input type="checkbox"/>
<p>37. Peça: Por favor, copie este desenho. [Apresente a folha com os pentágonos que se interseccionam]</p>		(1) Certo (0) Errado	37. <input type="checkbox"/>
<p style="text-align: center;">FRASE</p> <p>Frases: _____</p> <p style="text-align: center;">PENTÁGONO</p>		<p style="text-align: right;">Escore Total:</p>	<p style="text-align: right;">38. <input type="checkbox"/></p>

II – Características sócio-demográficas



39. Qual é o seu estado civil? 39.

(1) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
 (2) Solteiro (a)
 (3) Divorciado (a) / Separado (a)
 (4) Viúvo (a)
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

40. Qual sua cor ou raça? 40.

(1) Branca
 (2) Preta
 (3) Mulata/cabocla/parda
 (4) Indígena
 (5) Amarela/oriental
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

41. Trabalha atualmente? (se não, vá para questão 42)

(1) Sim
 (2) Não 41.

(97) NS
 (98) NA
 (99) NR

41.a.O que o (a) senhor (a) faz? (perguntar informações precisas sobre o tipo de ocupação)

42. O (a) senhor (a) é aposentado (a)? 42.

(1) Sim
 (2) Não
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

43. O(a) senhor(a) é pensionista? 43.

(1) Sim
 (2) Não
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

44. Até que ano da escola o(a) Sr (a) estudou? 44.

(1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
 (2) Curso de alfabetização de adultos
 (3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
 (4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
 (5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
 (6) Curso superior
 (7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

45. Total de anos de escolaridade: 45.

46. O (a) Sr./Sra. tem filhos ? 46.

(Se não vá para questão 47.)

46.a. Quantos filhos o(a) Sr./Sra. tem? 46.a.

47. O (a) Sr./Sra. mora só? 47.

(1) Sim
 (2) Não

48. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão? 48.

49. O (a) Sr./Sra. tem algum parente, amigo ou vizinho que poderia cuidar de você por alguns dias, caso necessário? 49.

(1) Sim
 (2) Não
 (97) NS
 (98) NA
 (99) NR

50. Qual a renda mensal da sua família, ou seja, das pessoas que moram em sua casa, incluindo o(a) senhor(a)? 50.

(97) NS
 (98) NA
 (99) NR

51. Agora verificaremos sua pressão arterial.

BRAÇO DIREITO PAI sentado	51.a. <input type="text"/>	51.b. <input type="text"/>
------------------------------	----------------------------	----------------------------

III – Saúde Física Percebida

Doenças crônicas auto-relatadas diagnosticadas por médico.

Algun médico já disse que o(a) senhor(a) tem os seguintes problemas de saúde?

PATOLOGIA	SIM (1)	NÃO (2)	NS (97)	NR (99)
52. Doença do coração como angina, infarto do miocárdio ou ataque cardíaco?	52. <input type="text"/>			
53. Pressão alta – hipertensão?	53. <input type="text"/>			
54. Derrame/AVC/Isquemia Cerebral	54. <input type="text"/>			
55. Diabetes Mellitus?	55. <input type="text"/>			
56. Tumor	56. <input type="text"/>			

maligno/câncer?	
57. Artrose/Artrite ou reumatismo?	57. <input type="text"/>
58. Doença do pulmão (bronquite e enfisema)?	58. <input type="text"/>
59. Depressão?	59. <input type="text"/>
60. Osteoporose?	60. <input type="text"/>

Saúde auto-relatada: Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) teve algum destes problemas?

PROBLEMAS	SIM (1)	NÃO (2)	NS (97)	NR (99)
61. Incontinência urinária (ou perda involuntária da urina)?	61. <input type="text"/>			
62. Incontinência fecal (ou perda involuntária das fezes)?	62. <input type="text"/>			
63. Nos últimos 12 meses, tem se sentido triste ou deprimido?	63. <input type="text"/>			
64. Esteve acamado em casa por motivo de doença ou cirurgia?	64. <input type="text"/>			
64.a. Se sim, por quantos dias permaneceu acamado?	64.a. <input type="text"/>			
65. Nos últimos 12 meses, teve dificuldade de memória, de lembrar-se de fatos recentes?	65. <input type="text"/>			
66. O(a) senhor(a) tem problemas para dormir?	66. <input type="text"/>			

Alterações no peso

PROBLEMAS	SIM (1)	NÃO (2)	NS (97)	NR (99)
67. O(a) senhor(a) ganhou peso? 67. <input type="text"/>	67.a. Se sim, quantos quilos aproximadamente? 67.a. <input type="text"/>			
68. O(a) senhor(a) perdeu peso involuntariamente? 68. <input type="text"/>	68.a. Se sim, quantos quilos aproximadamente? 68.a. <input type="text"/>			
69. Teve perda de apetite? 69. <input type="text"/>	70. O (a) Senhor (a) tem dificuldades de engolir alimentos líquidos ou sólidos? 70. <input type="text"/>			

Quedas

PROBLEMAS	SIM (1)	NÃO (2)	NS (97)	NR (99)
71. O(a) senhor(a) sofreu duas ou mais quedas de ___ deste ano a ___ do ano passado? (Se não, vá para 75) 71. <input type="text"/>	71.a. Se sim, quantas vezes? 71.a. <input type="text"/>			
72. Devido às quedas, o(a) senhor(a) teve que procurar o serviço de saúde ou teve que consultar o médico? 72. <input type="text"/>	73. Sofreu alguma fratura? (Se não, vá para 75) 73. <input type="text"/> 73.a. Se sim, onde? (1) punho (2) quadril (3) vértebra (4) qualquer outra composição (1+2, 1+3, 2+3 1+2+3) (5) outras 73 a. <input type="text"/>			
74. Teve que ser hospitalizado por causa dessa fratura? 74. <input type="text"/>				

Uso de medicamentos

75. Quantos medicamentos o(a) senhor(a) tem usado de forma regular nos últimos 3 meses, receitados pelo médico ou por conta própria?

75.

Déficit de Audição e de Visão

76. O(a) senhor(a) ouve bem?

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

76.

77. O(a) senhor(a) usa aparelho auditivo?

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

77.

78. O(a) senhor enxerga bem?

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

78.

79. O(a) senhor(a) usa óculos ou lentes de contato?

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

79.

Hábitos de vida: tabagismo e alcoolismo

Agora eu gostaria de saber sobre alguns de seus hábitos de vida.

80. O (a) Sr (a) fuma atualmente? (Se não, vá para 81.b)

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

80.

81.a. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: “Há quanto tempo o(a) senhor(a) é fumante?”

81.a.

81.b. Para aqueles que responderam NÃO, perguntar:

- (1) Nunca fumou
- (2) Já fumou e largou
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

81.b.

Bebida Alcoólica

82. O Sr(a). Faz uso de bebida alcoólica?

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

82.

83. O Sr(a) faz ou já fez uso diário de cerveja, destilados ou vinhos?

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

83.

Avaliação subjetiva da saúde (saúde percebida)

84. Em geral, o(a) senhor(a) diria que a sua saúde é:

- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim
- (99) NR

84.

85. Agora verificaremos sua pressão arterial mais uma vez

BRAÇO DIREITO PA2 sentado	85.a. <input type="text"/>	85.b. <input type="text"/>
------------------------------	----------------------------	----------------------------

BRAÇO DIREITO PA3 em pé (Aguardar 2 minutos antes de medir a PA3 em pé)	85.c. <input type="text"/>	85.d. <input type="text"/>
---	----------------------------	----------------------------

Capacidade Funcional para AAVD, AIVD e ABVD

Atividades Avançadas de Vida Diária
Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes atividades:

ATIVIDADES	NUNCA (1)	PAROU DE FAZER (2)	AINDA FAZ (3)
86. Fazer visitas na casa de outras pessoas	86. <input type="text"/>		
87. Receber visitas em sua casa	87. <input type="text"/>		
88. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	88. <input type="text"/>		
89. Participar de centro de convivência, universidade da terceira idade ou algum curso	89. <input type="text"/>		
ATIVIDADES	NUNCA (1)	PAROU DE FAZER (2)	AINDA FAZ (3)
90. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	90. <input type="text"/>		
91. Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema	91. <input type="text"/>		
92. Dirigir automóveis	92. <input type="text"/>		
93. Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	93. <input type="text"/>		
94. Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou país	94. <input type="text"/>		
95. Fazer trabalho voluntário	95. <input type="text"/>		
96. Fazer trabalho remunerado	96. <input type="text"/>		
97. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas, centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas?	97. <input type="text"/>		

Atividades Instrumentais de Vida Diária

Agora eu vou perguntar sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas:

98. Usar o telefone	98. <input type="text"/>
I=É capaz de discar os números e atender sem ajuda? A=É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números? D=É incapaz de usar o telefone? (não consegue nem atender e nem discar)	
99. Uso de transporte	99. <input type="text"/>
I=É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda? A=É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho? D=É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?	
100. Fazer compras	100. <input type="text"/>
I=É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? A=É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? D=É incapaz de fazer compras?	
101. Preparo de alimentos	101. <input type="text"/>
I=Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda? A=É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda? D=É incapaz de preparar qualquer refeição?	
102. Tarefas domésticas	102. <input type="text"/>
I=É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda? A=É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves? D=É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico?	
103. Uso de medicação	103. <input type="text"/>
I=É capaz de usar a medicação de maneira correta sem ajuda? A=É capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda? D=É incapaz de tomar a medicação sem ajuda?	
104. Manejo do dinheiro	104. <input type="text"/>
I=É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? A=Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? D=É incapaz de realizar estas atividades?	

Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)

Vou continuar lhe perguntando sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas

105. Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) I =Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) I =Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) D =Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	105. <input type="text"/>
--	----------------------------------

106. Vestir-se (pega roupas, inclusive, peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) I =Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda I =Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos D =Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	106. <input type="text"/>
--	----------------------------------

107. Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar, higiene íntima e arrumação das roupas) I =Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira) D =Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite) D =Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	107. <input type="text"/>
--	----------------------------------

108. Transferência I =Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)	108. <input type="text"/>
--	----------------------------------

D =Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda D =Não sai da cama	
109. Continência I =Controla inteiramente a micção e a evacuação D =Tem “acidentes” ocasionais D =Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	109. <input type="text"/>
110. Alimentação I =Alimenta-se sem ajuda I =Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão D =Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	110. <input type="text"/>

111. Caso precise ou venha a precisar de ajuda para realizar qualquer uma dessas atividades, o(a) senhor(a) tem com quem contar? (Se não, vá para 113)

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

111.

112. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: “Quem é essa pessoa?”

- (1) Cônjuge ou companheiro(a)
- (2) Filha ou nora
- (3) Filho ou genro
- (4) Outro parente
- (5) Um(a) vizinho(a) ou amigo(a)
- (6) Um profissional pago
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

112.

Medidas de Atividades Físicas e Antropométricas
Questionário Minessota

Solicitarei ao(à) Sr(a) que responda quais das atividades abaixo foi realizada nas últimas duas semanas. Para cada uma destas atividades, gostaria que me dissesse em quais dias você as realiza, o número de vezes por semana e o tempo que você gastou com a atividade cada vez que o(a) Sr(a) a realizou.

ATIVIDADE	O(a) Sr(a) praticou, nas últimas duas semanas...	1ª SEMANA NA (98)	2ª SEMANA NA (98)	MÉDIA DE VEZES POR SEMANA NA (98)	TEMPO POR ACASIÃO	
	SIM (1) NÃO(2)				HORAS NA (98)	MINUTOS NA (98)
Seção A: Caminhada						
113. Caminhada recreativa?	113.a. <input type="text"/>	113.b. <input type="text"/>	113.c. <input type="text"/>	113.d. <input type="text"/>	113.e. <input type="text"/>	113.f. <input type="text"/>
114. Caminhada para o trabalho?	114.a. <input type="text"/>	114.b. <input type="text"/>	114.c. <input type="text"/>	114.d. <input type="text"/>	114.e. <input type="text"/>	114.f. <input type="text"/>
115. Uso de escadas quando o elevador está disponível?	115.a. <input type="text"/>	115.b. <input type="text"/>	115.c. <input type="text"/>	115.d. <input type="text"/>	115.e. <input type="text"/>	115.f. <input type="text"/>
116. Caminhada ecológica?	116.a. <input type="text"/>	116.b. <input type="text"/>	116.c. <input type="text"/>	116.d. <input type="text"/>	116.e. <input type="text"/>	116.f. <input type="text"/>
117. Caminhada com mochila?	117.a. <input type="text"/>	117.b. <input type="text"/>	117.c. <input type="text"/>	117.d. <input type="text"/>	117.e. <input type="text"/>	117.f. <input type="text"/>
118. Ciclismo recreativo/pedalando por prazer?	118.a. <input type="text"/>	118.b. <input type="text"/>	118.c. <input type="text"/>	118.d. <input type="text"/>	118.e. <input type="text"/>	118.f. <input type="text"/>
119. Dança – salão, quadrilha, e/ou discoteca, danças regionais?	119.a. <input type="text"/>	119.b. <input type="text"/>	119.c. <input type="text"/>	119.d. <input type="text"/>	119.e. <input type="text"/>	119.f. <input type="text"/>
120. Dança – aeróbia, balé?	120.a. <input type="text"/>	120.b. <input type="text"/>	120.c. <input type="text"/>	120.d. <input type="text"/>	120.e. <input type="text"/>	120.f. <input type="text"/>
ATIVIDADE	O(a) Sr(a) praticou, nas últimas duas semanas...	1ª SEMANA NA (98)	2ª SEMANA NA (98)	MÉDIA DE VEZES POR SEMANA NA (98)	TEMPO POR ACASIÃO	
	SIM (1) NÃO(2)				HORAS NA (98)	MINUTOS NA (98)
Seção B: Exercício de Condicionamento						
121. Exercícios domiciliares?	121.a. <input type="text"/>	121.b. <input type="text"/>	121.c. <input type="text"/>	121.d. <input type="text"/>	121.e. <input type="text"/>	121.f. <input type="text"/>
122. Exercícios em clube/academia?	122.a. <input type="text"/>	122.b. <input type="text"/>	122.c. <input type="text"/>	122.d. <input type="text"/>	122.e. <input type="text"/>	122.f. <input type="text"/>
123. Combinação de caminhada/ corrida leve?	123.a. <input type="text"/>	123.b. <input type="text"/>	123.c. <input type="text"/>	123.d. <input type="text"/>	123.e. <input type="text"/>	123.f. <input type="text"/>
124. Corrida?	124.a. <input type="text"/>	124.b. <input type="text"/>	124.c. <input type="text"/>	124.d. <input type="text"/>	124.e. <input type="text"/>	124.f. <input type="text"/>

125. Musculação?	125.a. <input type="checkbox"/>	125.b. <input type="checkbox"/>	125.c. <input type="checkbox"/>	125.d. <input type="checkbox"/>	125.e. <input type="checkbox"/>	125.f. <input type="checkbox"/>
126. Canoagem em viagem de acampamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. Natação em piscina (pelo menos de 15 metros)?	127.a. <input type="checkbox"/>	127.b. <input type="checkbox"/>	127.c. <input type="checkbox"/>	127.d. <input type="checkbox"/>	127.e. <input type="checkbox"/>	127.f. <input type="checkbox"/>
128. Natação na praia?	128.a. <input type="checkbox"/>	128.b. <input type="checkbox"/>	128.c. <input type="checkbox"/>	128.d. <input type="checkbox"/>	128.e. <input type="checkbox"/>	128.f. <input type="checkbox"/>

Seção C: Esportes

129. Boliche?	129.a. <input type="checkbox"/>	129.b. <input type="checkbox"/>	129.c. <input type="checkbox"/>	129.d. <input type="checkbox"/>	129.e. <input type="checkbox"/>	129.f. <input type="checkbox"/>
130. Voleibol?	130.a. <input type="checkbox"/>	130.b. <input type="checkbox"/>	130.c. <input type="checkbox"/>	130.d. <input type="checkbox"/>	130.e. <input type="checkbox"/>	130.f. <input type="checkbox"/>
131. Tênis de mesa?	131.a. <input type="checkbox"/>	131.b. <input type="checkbox"/>	131.c. <input type="checkbox"/>	131.d. <input type="checkbox"/>	131.e. <input type="checkbox"/>	131.f. <input type="checkbox"/>
132. Tênis individual?	132.a. <input type="checkbox"/>	132.b. <input type="checkbox"/>	132.c. <input type="checkbox"/>	132.d. <input type="checkbox"/>	132.e. <input type="checkbox"/>	132.f. <input type="checkbox"/>
133. Tênis de duplas?	133.a. <input type="checkbox"/>	133.b. <input type="checkbox"/>	133.c. <input type="checkbox"/>	133.d. <input type="checkbox"/>	133.e. <input type="checkbox"/>	133.f. <input type="checkbox"/>
134. Basquete, sem jogo (bola ao cesto)?	134.a. <input type="checkbox"/>	134.b. <input type="checkbox"/>	134.c. <input type="checkbox"/>	134.d. <input type="checkbox"/>	134.e. <input type="checkbox"/>	134.f. <input type="checkbox"/>
135. Jogo de basquete?	135.a. <input type="checkbox"/>	135.b. <input type="checkbox"/>	135.c. <input type="checkbox"/>	135.d. <input type="checkbox"/>	135.e. <input type="checkbox"/>	135.f. <input type="checkbox"/>
136. Basquete, como juiz?	136.a. <input type="checkbox"/>	136.b. <input type="checkbox"/>	136.c. <input type="checkbox"/>	136.d. <input type="checkbox"/>	136.e. <input type="checkbox"/>	136.f. <input type="checkbox"/>

ATIVIDADE	O(a) Sr(a) praticou, nas últimas duas semanas...	1ª SEMANA	2ª SEMANA	MÉDIA DE VEZES POR SEMANA	TEMPO POR ACASIÃO	
	SIM (1) NÃO (2)	NA (98)	NA (98)	NA (98)	HORAS NA (98)	MINUTOS NA (98)
137. Futebol?	137.a. <input type="checkbox"/>	137.b. <input type="checkbox"/>	137.c. <input type="checkbox"/>	137.d. <input type="checkbox"/>	137.e. <input type="checkbox"/>	137.f. <input type="checkbox"/>

Seção D: Atividades no jardim e horta

144. Cortar a grama dirigindo um carro de cortar grama?	138.a. <input type="checkbox"/>	138.b. <input type="checkbox"/>	138.c. <input type="checkbox"/>	138.d. <input type="checkbox"/>	138.e. <input type="checkbox"/>	138.f. <input type="checkbox"/>
139. Cortar a grama andando atrás do cortador de grama motorizado?	139.a. <input type="checkbox"/>	139.b. <input type="checkbox"/>	139.c. <input type="checkbox"/>	139.d. <input type="checkbox"/>	139.e. <input type="checkbox"/>	139.f. <input type="checkbox"/>
140. Cortar a grama empurrando o cortador de grama manual?	140.a. <input type="checkbox"/>	140.b. <input type="checkbox"/>	140.c. <input type="checkbox"/>	140.d. <input type="checkbox"/>	140.e. <input type="checkbox"/>	140.f. <input type="checkbox"/>
141. Tirando o mato e cultivando o jardim e a horta?	141.a. <input type="checkbox"/>	141.b. <input type="checkbox"/>	141.c. <input type="checkbox"/>	141.d. <input type="checkbox"/>	141.e. <input type="checkbox"/>	141.f. <input type="checkbox"/>
142. Afofar, cavando e cultivando a terra	142.a. <input type="checkbox"/>	142.b. <input type="checkbox"/>	142.c. <input type="checkbox"/>	142.d. <input type="checkbox"/>	142.e. <input type="checkbox"/>	142.f. <input type="checkbox"/>

no jardim e horta?	<input type="checkbox"/>					
143. Trabalho com ancinho na grama?	143.a. <input type="checkbox"/>	143.b. <input type="checkbox"/>	143.c. <input type="checkbox"/>	143.d. <input type="checkbox"/>	143.e. <input type="checkbox"/>	143.f. <input type="checkbox"/>
Seção E: Atividades de reparos domésticos						
144. Carpintaria e oficina?	144.a. <input type="checkbox"/>	144.b. <input type="checkbox"/>	144.c. <input type="checkbox"/>	144.d. <input type="checkbox"/>	144.e. <input type="checkbox"/>	144.f. <input type="checkbox"/>
145. Pintura interna de casa ou colocação de papel de parede?	145.a. <input type="checkbox"/>	145.b. <input type="checkbox"/>	145.c. <input type="checkbox"/>	145.d. <input type="checkbox"/>	145.e. <input type="checkbox"/>	145.f. <input type="checkbox"/>
146. Carpintaria do lado de fora da casa?	146.a. <input type="checkbox"/>	146.b. <input type="checkbox"/>	146.c. <input type="checkbox"/>	146.d. <input type="checkbox"/>	146.e. <input type="checkbox"/>	146.f. <input type="checkbox"/>
147. Pintura do exterior da casa?	147.a. <input type="checkbox"/>	147.b. <input type="checkbox"/>	147.c. <input type="checkbox"/>	147.d. <input type="checkbox"/>	147.e. <input type="checkbox"/>	147.f. <input type="checkbox"/>
Seção F: Caça e Pesca						
148. Pesca na margem do rio?	148.a. <input type="checkbox"/>	148.b. <input type="checkbox"/>	148.c. <input type="checkbox"/>	148.d. <input type="checkbox"/>	148.e. <input type="checkbox"/>	148.f. <input type="checkbox"/>
149. Caça a animais de pequeno porte?	149.a. <input type="checkbox"/>	149.b. <input type="checkbox"/>	149.c. <input type="checkbox"/>	149.d. <input type="checkbox"/>	149.e. <input type="checkbox"/>	149.f. <input type="checkbox"/>
150. Caça a animais de grande porte?	150.a. <input type="checkbox"/>	150.b. <input type="checkbox"/>	150.c. <input type="checkbox"/>	150.d. <input type="checkbox"/>	150.e. <input type="checkbox"/>	150.f. <input type="checkbox"/>
Seção G: Outras atividades						
151. Caminhar como exercício?	151.a. <input type="checkbox"/>	151.b. <input type="checkbox"/>	151.c. <input type="checkbox"/>	151.d. <input type="checkbox"/>	151.e. <input type="checkbox"/>	151.f. <input type="checkbox"/>
152. Tarefas domésticas de moderadas a intensas?	152.a. <input type="checkbox"/>	152.b. <input type="checkbox"/>	152.c. <input type="checkbox"/>	152.d. <input type="checkbox"/>	152.e. <input type="checkbox"/>	152.f. <input type="checkbox"/>
ATIVIDADE	O(a) Sr(a) praticou, nas últimas duas semanas...	1ª SEMANA	2ª SEMANA	MÉDIA DE VEZES POR SEMANA	TEMPO POR ACASIÃO	
	SIM (1) NÃO (2)	NA (98)	NA (98)	NA (98)	HORAS NA (98)	MINUTOS NA (98)
153. Exercícios em bicicleta ergométrica?	153.a. <input type="checkbox"/>	153.b. <input type="checkbox"/>	153.c. <input type="checkbox"/>	153.d. <input type="checkbox"/>	153.e. <input type="checkbox"/>	153.f. <input type="checkbox"/>
154. Exercícios calistênicos?	154.a. <input type="checkbox"/>	154.b. <input type="checkbox"/>	154.c. <input type="checkbox"/>	154.d. <input type="checkbox"/>	154.e. <input type="checkbox"/>	154.f. <input type="checkbox"/>
155. Outra? _____	155.a. <input type="checkbox"/>	155.b. <input type="checkbox"/>	155.c. <input type="checkbox"/>	155.d. <input type="checkbox"/>	155.e. <input type="checkbox"/>	155.f. <input type="checkbox"/>
156. Outra? _____	156.a. <input type="checkbox"/>	156.b. <input type="checkbox"/>	156.c. <input type="checkbox"/>	156.d. <input type="checkbox"/>	156.e. <input type="checkbox"/>	156.f. <input type="checkbox"/>

OBS: Acrescentar minutos totais ao lado da última pergunta conforme orientações do treinamento.

Agora faremos algumas medidas:

157. Peso: 157.

158. Altura: 158.

159. Circunferência braquial: 159.

160. Circunferência da cintura: 160.

161. Circunferência do quadril: 161.

162. Circunferência panturrilha: 162.

Avaliação da Força Muscular

Solicitarei ao (à) Sr/Sra que aperte bem forte a alça que o(a) senhor(a) está segurando.

163.a. 1ª medida de força de preensão	163.a. <input type="text"/>
163.b. 2ª medida de força de preensão	163.b. <input type="text"/>
163.c. 3ª medida de força de preensão	163.c. <input type="text"/>

164. O Sr(a). Tem medo de cair?

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

164.

Avaliação da Velocidade de Marcha (Tempo de percurso)

164.a. O(a) Sr/Sra habitualmente usa algum auxiliar de marcha, como bengala ou andador?

- (0) Não usa
- (1) Andador
- (2) Bengala
- (3) Outro

164.a.

Agora eu pedirei que o(a) Sr/Sra ande no seu ritmo normal até a última marca no chão, ou seja, como se estivesse andando na rua para fazer uma compra na padaria.

164.b. 1ª medida de tempo de percurso	164.b. <input type="text"/>
164.c. 2ª medida de tempo de percurso	164.c. <input type="text"/>
164.d. 3ª medida de tempo de percurso	164.d. <input type="text"/>

Auto-eficácia para quedas

Eu vou fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair, enquanto realiza algumas atividades. Se o(a) Sr/Sra atualmente não faz a atividade citada (por ex. alguém vai às compras para o(a) Sr/Sra, responda de maneira a mostrar como se sentiria em relação a quedas caso fizesse tal atividade).

Atenção: marcar a alternativa que mais se aproxima da opinião do idoso sobre o quão preocupado fica com a possibilidade de cair fazendo cada uma das seguintes atividades:

ATIVIDADES	NEM UM POUCO	UM POUCO PREOCUPADO	MUITO PREOCUPADO	EXTREMAMENTE PREOCUPADO
165. Limpando a casa (passar pano, aspirar o pó ou tirar a poeira) 165. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
166. Vestindo ou tirando a roupa 166. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
167. Preparando refeições simples 167. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
168. Tomando banho 168. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
169. Indo às compras 169. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
170. Sentando ou levantando de uma cadeira 170. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
171. Subindo ou descendo escadas 171. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
172. Caminhando pela vizinhança 172. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
173. Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão 173. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
174. Ir atender ao telefone antes que pare de tocar 174. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
175. Andando sobre superfície escorregadia (ex.: chão molhado)	(1)	(2)	(3)	(4)

175. <input type="text"/>				
ATIVIDADES	NEM UM POUCO	UM POUCO PREOCUPADO	MUITO PREOCUPADO	EXTREMAMENTE PREOCUPADO
176. Visitando um amigo ou parente 176. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
177. Andando em lugares cheios de gente 177. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
178. Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada) 178. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
179. Subindo ou descendo uma ladeira 179. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
180. Indo a uma atividade social (ex.: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube) 180. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)

Fadiga

Pensando **na última semana**, diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o(a) senhor(a):

QUESTÕES	NUNCA/RARAMENTE	POUCAS VEZES	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
181. Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais? 181. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)
182. Não conseguiu levar adiante suas coisas? 182. <input type="text"/>	(1)	(2)	(3)	(4)

Continuação das medidas antropométricas
Agora faremos outras medidas:

183. Peso: 183.

184. Altura: 184.

185. Circunferência braquial: 185.

186. Circunferência da cintura: 186.

187. Circunferência do quadril: 187.

188. Circunferência panturrilha: 188.

