

**QUESTIONÁRIO – RESIDENTES**

1.1 Número da Instituição no CADSUAS |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_ - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Nº idoso na amostra

1.2 |X|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - Número Sequencial da Instituição

Entrevistador: .....

Data: |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| | 2015  
Dia Mês

Cidade: .....

Estado: |\_\_|\_\_|

1. Nome do residente:.....

2. Sexo:	Masculino	1
	Feminino	2

2. Ano de Nascimento: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Sem informação - 9999  
(Conferir com documento ou registro na instituição)

3. Idade: .....anos  
NS/NR - 999

5. Foi à escola?	Sim	1
	Não- Vá para questão 6	2
	NS / NR	9

5.1 cursou até que série, com aprovação? .....

5.2 Total de anos que foi à escola?	__ __  anos
-------------------------------------	-------------

6. Sabe ler e escrever um bilhete?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

**AVALIAÇÃO COGNITIVA**

<b>Mini-MEEM</b>			
<b>7.1 Por favor diga a data de hoje.</b>  <i>Pergunte mês, dia, ano e dia da semana.</i>  <i>Anote 1 ponto para cada resposta correta</i>		<b>Incorreto</b> <b>0</b>	<b>Correto</b> <b>1</b>
	MÊS	__	__
	DIA DO MÊS	__	__
	ANO	__	__
	DIA DA SEMANA	__	__
	<b>TOTAL</b>	__	

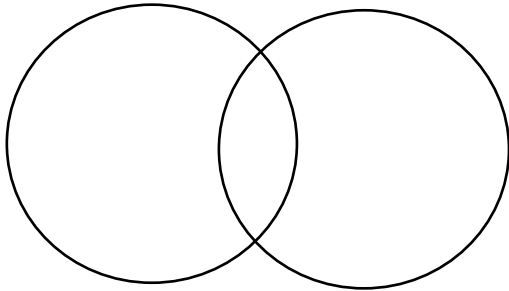
<b>7.2 Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são porque vou voltar a perguntar mais adiante. O (A) Sr(a) tem alguma pergunta?</b>		<b>Incorreto 0</b>	<b>Correto 1</b>
<i>Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara</i> 1) repita todos os objetos até que o entrevistado os aprenda. Máximo de repetições: 5 vezes 2) anote o número de repetições que teve que fazer 4) anota-se um ponto por cada objeto lembrado e zero para os não lembrados Número de repetições =  __	<b>ÁRVORE</b>	__	__
	<b>MESA</b>	__	__
	<b>CACHORRO</b>	__	__
	<b>TOTAL</b>	__	

<b>7.3 Agora vou dizer alguns números e gostaria que o Sr. contasse de trás para frente: 1 3 5 7 9</b>		<table border="1"> <tr> <td>Resposta do entrevistado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resposta correta</td> <td><b>9</b></td> <td><b>7</b></td> <td><b>5</b></td> <td><b>3</b></td> <td><b>1</b></td> </tr> </table>					Resposta do entrevistado						Resposta correta	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
Resposta do entrevistado																		
Resposta correta	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>													
<i>Conforme o idoso for respondendo, anote a resposta no espaço correspondente</i>		<p>Total de pontos =  __ </p>																
<i>Um ponto para cada número na ordem correta. Exemplos:</i>  9 7 5 4 3 1 Acrescentou um número 5-1=4 9 3 5 7 1 Dois números fora de ordem 5-2=3 9 5 3 1 Esqueceu um número 5-1=4 9 9 7 5 3 1 Um número extra 5-1=4																		

		<b>Incorreto 0</b>	<b>Correto 1</b>
<b>7.4 Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas.</b>	Pegou o papel com a mão direita	__	__
	Dobrou na metade com as duas mãos	__	__
	Colocou o papel sobre as pernas	__	__
	<b>TOTAL</b>	__	

<b>7.5 Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) sr(a) repetiu as que lembrou. Por favor, diga agora quais ainda se lembra</b>		<b>Incorreto 0</b>	<b>Correto 1</b>
<i>Anote UM ponto por resposta correta em qualquer ordem.</i>	<b>ÁRVORE</b>	__	__
	<b>MESA</b>	__	__
	<b>CACHORRO</b>	__	__
	<b>TOTAL</b>	__	

7.6 Entregue ao entrevistado o desenho com os círculos que se cruzam. A ação está correta se os círculos não se cruzarem mais do que a metade. Anote um ponto se o desenho estiver correto



Total = |\_\_|

### 7.7 TOTAL

**SOME AS RESPOSTAS CORRETAS ANOTADAS NAS PERGUNTAS E ANOTE O TOTAL NA CASELA AO LADO.**

(A PONTUAÇÃO MÁXIMA É 19)

TOTAL = |\_\_|\_\_|

A SOMA É = 13 OU + = "normal" (continue com o idoso)

A SOMA É 12 OU - = sugere declínio cognitivo (avalie a necessidade de continuar com ajuda de um informante auxiliar)

**ESCALA DE PFEFFER** (APLICAR A TODOS OS IDOSOS)

MOSTRE AO INFORMANTE/CUIDADOR A SEGUINTE CARTELA COM AS OPÇÕES E LEIA AS PERGUNTAS. ANOTE A PONTUAÇÃO COMO SEGUE:<sup>1</sup>

- SIM É CAPAZ .....0  
 NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA .....0  
 COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ .....1  
 NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA .....1  
 NECESSITA DE AJUDA .....2  
 NÃO É CAPAZ .....3

	Pontuação
7.8a (NOME) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	
7.8b (NOME) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?	
7.8c (NOME) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	
7.8d (NOME) é capaz de preparar comida?	
7.8e (NOME) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?	
7.8f (NOME) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?	
7.8g (NOME) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	
7.8h (NOME) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	
7.8i(NOME) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para a instituição?	
7.8j(NOME) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	
7.8k(NOME) é capaz de ficar sozinho(a)em casa sem problemas?	
<b>TOTAL</b>	_

7.9 Descreva o motivo do não preenchimento do mini MEEM e do teste de Pfeffer:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

<sup>1</sup> Se o informante/cuidador não souber responder porque conhece o(a) idoso(a) há pouco tempo ou porque o(a) idoso(a) está na instituição há pouco tempo, deixe as respostas do instrumento Pfeffer **EM BRANCO** e anote na questão 7.9.

8. A pessoa idosa é capaz de responder ao questionário sozinha?	Sim - Vá para questão 9	1
	Não	2

8.1 Se a pessoa idosa não puder continuar a responder ao questionário sozinha, diga o nome do respondente: .....

8.2 Função do respondente: .....

8. 3 Há quanto tempo o respondente conhece o idoso?	__ __  dias (até 30)
	__ __  meses até 1 ano
	__ __  anos

9. Raça/cor referida: (Somente para o idoso)	Branco	1
	Preto	2
	Pardo	3
	Amarelo	4
	Indígena	5
	Sem declaração (NS/NR)	9

10. Estado marital:	solteiro	1
	viúvo	2
	separado/divorciado	3
	casado	4
	união estável	5
	NS/NR	9

11. Religião: (Somente para o idoso)	nenhuma	1
	católica	2
	protestante	3
	evangélica	4
	judaica	5
	espírita/kardecista	6
	budista	7
	outro ..... (especifique)	8
	NS / NR	9

12. Tem alguma deficiência? <sup>2</sup>	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

<sup>2</sup> A lei nº12.470 de 31 de agosto de 2011 (BPC) define que pessoa com deficiência é aquela que tem impedimentos de longo prazo (pelo menos 2 anos) de natureza física, mental, intelectual, ou sensorial. Os impedimentos podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

12.1 Que tipo de deficiência possui? (múltiplas respostas)	auditiva	1
	visual	2
	intelectual	3
	física	4
	outra ..... (especifique)	5
	NS / NR	9

13. O(a) Sr(a) tem filhos <b>vivos</b> ?	Sim	1
	Não – Vá para a questão 14	2
	NS / NR	9

13.1 Quantos filhos <b>vivos</b> o(a) Sr(a) tem hoje?	__ __	
	NS / NR	9

14. Antes de vir morar na instituição, onde o(a) Sr (a) residia?	zona urbana	1
	zona rural	2
	NS / NR	9

15. Antes de vir para a instituição, o(a) Sr(a) residia em:  <i>Obs: entenda “casa própria do idoso” quando ele tiver a propriedade da mesma ou for o responsável pelo aluguel.</i>	casa <b>própria</b> sozinho	1
	casa <b>própria</b> com familiares /amigos	2
	casa de outras pessoas (familiares/amigos)	3
	em um abrigo coletivo	4
	na rua	5
	em outra instituição de saúde mental	6
	em outra instituição para idosos	7
	outros ..... (especifique)	8
	prefiro não dizer	9
NS / NR	99	

16. O(a) Sr(a) pode me dizer o <b>principal</b> motivo de ter vindo residir na instituição?	morava sozinho	1
	não tinha onde morar	2
	necessidade de saúde/cuidados	3
	por opção pessoal	4
	por dificuldades financeiras	5
	Foi trazido para a instituição	6
	outros ..... (especifique)	7
	prefiro não dizer	8
NS / NR	9	

17. Há quanto tempo o(a) Sr(a) reside na instituição? (conferir com a admissão na Instituição)	__ __  meses (menos de 1 ano)	1
	__ __  anos	2
	NS / NR	9

18. O(a) Sr(a) costuma receber visitas?	Sim	1
	Não – vá para a questão 19	2
	NS / NR	9

18.1 Poderia me dizer quem costuma visitá-lo(a)?  <i>(múltipla escolha)</i>	familiares	1
	amigos	2
	voluntários	3
	outros .....	4
	(especifique)	
NS / NR – vá para questão 19	9	

18.2 Poderia me dizer quem costuma visitá-lo(a)?	18.3 Periodicidade					
	Diária	Semanal	Mensal	Anual	Esporádica	NS/NR
a) familiares	1	2	3	4	5	9
b) amigos	1	2	3	4	5	9
c) voluntários	1	2	3	4	5	9
d) outros ..... (especifique)	1	2	3	4	5	9

19. O(a) Sr(a) costuma sair da instituição para passear, trabalhar/estudar?	Sim	1
	Não – vá para a questão 20	2
	NS / NR	9

19.1 Que lugares costuma frequentar?  <i>(os 3 (três) mais frequentes)</i>	a)
	b)
	c)

19.2 Com que periodicidade, <b>em média</b> , costuma sair?	diária	1
	semanal	2
	mensal	3
	esporádica	4
	NS / NR	9

20. O(a) Sr(a) tem algum rendimento pessoal?	Sim	1
	Não – vá para a questão 21	2
	NS / NR	9

20.1 Poderia me dizer a origem desse rendimento?  <i>(conferir na administração)</i>  <i>(múltipla escolha)</i>	aposentadoria	1
	pensão	2
	aposentadoria e pensão	3
	benefício de prestação continuada (BPC)	4
	renda mensal vitalícia (RMV)	5
	outros rendimentos	6
	..... (especifique)	
NS / NR	9	

20.2 Qual o valor total de todos os seus rendimentos?	__ __ __ __ __,00	1
	prefiro não dizer	2
	NS / NR	9

20.3 Quem é responsável pelo saque do seu benefício?	O próprio idoso	1
	A instituição	2
	Um familiar	3
	Outro: .....	4
	NS / NR	9

20.4 Quem é responsável pela utilização do valor do seu benefício?	O próprio idoso	1
	A instituição	2
	Um familiar	3
	Outro: .....	4
	NS / NR	9

20.5 Nos últimos meses o(a) Sr(a) utilizou recursos financeiros próprios para adquirir: (múltiplas respostas)	Medicamentos	1
	Fraldas	2
	Materiais de higiene pessoal	3
	Alimentação	4
	Televisor	5
	Colchão	6
	Roupas	7
	Lazer	8
	Outros..... (especifique)	9
	NS / NR	99

20.6 O(a) Sr(a) possui local seguro para guardar seu dinheiro e/ou seus cartões de banco?	Sim	1
	Não	2
	Não se aplica (guardado pela instituição)	3
	NS / NR	9

20.7 O(a) Sr(a) deixa parte de seu dinheiro regularmente com a instituição?	Sim	1
	Não – vá para a questão 21	2
	NS / NR	9

20.8 Quanto de seu dinheiro, o(a) Sr(a) costuma deixar para a instituição?	__ __ __ __ __,00	1
	prefiro não dizer	2
	NS / NR	9



## CONDIÇÕES DE SAÚDE

21. Alguma vez um médico ou enfermeiro disse que o(a) Sr(a) tinha alguma das doenças que vou citar a seguir?  <i>(múltiplas respostas)</i>	Não refere nenhuma doença	0
	hipertensão ou pressão alta	1
	diabetes ou níveis altos de açúcar no sangue	2
	doença crônica do pulmão (como bronquite ou enfisema)	3
	doença cardíaca	4
	doença articular (artrite, artrose, reumatismo)	5
	acidente vascular encefálico (derrame)	6
	câncer	7
	osteoporose	8
	Outros..... <i>(especifique)</i>	9
NS / NR	99	

22. O(a) Sr(a) faz uso de medicações diariamente? <i>(conferir na sala de medicações ou no posto de enfermagem, o que houver)</i>	Sim	1
	Não – vá para a questão 23	2
	NS / NR	9

22.1. Faça uma lista das medicações que a pessoa idosa faz uso diariamente.  <i>(nome comercial ou nome genérico, o que estiver disponível)</i>  <i>Verificar com a instituição.</i>	Nome comercial	Nome genérico
	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
	6)	
	7)	
	8)	
	9)	
10)		

23. O (a) Sr(a) costuma tomar medicação para ajudá-lo a dormir?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

24. O (a) Sr(a) tem vida sexual ativa?	Sim	1
	Não – vá para a questão 25	2
	NS / NR	9

24.1 Usa algum tipo de proteção na relação sexual?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

24.2 Essa atividade sexual costuma ocorrer onde?	dentro da instituição	1
	fora da instituição	2
	NS / NR	9

**MUITAS PESSOAS PERDEM URINA DE VEZ EM QUANDO. ESTAMOS TENTANDO DESCOBRIR, ENTRE AS PESSOAS COM 60 ANOS E MAIS, QUANTAS TÊM ESSE TIPO DE PROBLEMA E O QUANTO ISSO AS ABORRECE. AGORA QUERO QUE O(A) SR(A) ME CONTE SE TEVE/TEM ALGUM PROBLEMA RELACIONADO COMO ATO DE URINAR, PENSANDO NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS (ÚLTIMO MÊS):**

25. Nas últimas 4 semanas, alguma vez o(a) Sr(a) perdeu urina sem querer?	Sim	1
	Não	2
	Usa fralda continuamente	3
	Usa fralda somente à noite	4
	NS /NR	9

26. Nos últimos 6 meses, o(a) Sr(a) teve infecção urinária?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

27. O(a) Sr(a) costuma levantar à noite para urinar?	Sim	1
	Não	2
	Usa fralda continuamente	3
	NS /NR	9

28. Nos últimos 12 meses, alguma vez o(a) Sr(a) perdeu o controle dos movimentos intestinais ou das fezes?	Sim	1
	Não	2
	Usa fralda continuamente	3
	Usa fralda somente à noite	4
	NS /NR	9

29. Com que frequência, quando ficou com vontade de evacuar, o(a) Sr(a) teve dificuldade ou não conseguiu fazê-lo?	nunca – Vá para a questão 30.1	1
	diariamente	2
	uma vez por semana ou menos	3
	2 a 3 vezes por semana	4
	NS /NR	9

29.1 O que o(a) Sr(a) costuma fazer para resolver essa situação?  <i>(múltipla escolha)</i>	não faço nada	1
	tomo medicação prescrita pelo médico	2
	tomo medicação fornecida pelos funcionários da instituição	3
	faço dieta constantemente	4
	faço dieta quando acho necessário	5
	faço lavagem intestinal	6
	NS /NR	9

### **FRAGILIDADE**

30.1 Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) perdeu peso (mais de 3 kg) sem fazer nenhuma dieta?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

30.2 Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) se sente mais enfraquecido(a), acha que sua força diminuiu?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

30.3 Atualmente, o(a) Sr(a) faz <b>menos</b> atividades físicas do que fazia há 12 meses (1 ano)?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

30.4 Atualmente, o(a) Sr(a) acredita estar caminhando mais devagar do que fazia há 12 meses (1 ano)?  <i>Demora mais tempo para fazer o mesmo percurso que fazia antes como ir ao banco, à igreja, às compras, etc.</i>	Sim	1
	Não	2
	É acamado	3
	É cadeirante	4
	NS / NR	9

#### NA ÚLTIMA SEMANA....

30.5 Com que frequência o(a) Sr(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas atividades (iniciou alguma atividade mas não conseguiu terminar)	Nunca/raramente (< dia)	1
	poucas vezes (1-2 dias)	2
	algumas vezes (3-4 dias)	3
	a maior parte do tempo	4
	NS / NR	9

30.6 Com que frequência a realização de suas atividades rotineiras exigiram do(a) Sr(a) um grande esforço para serem realizadas?	Nunca/raramente (< dia)	1
	poucas vezes (1-2 dias)	2
	algumas vezes (3-4 dias)	3
	a maior parte do tempo	4
	NS / NR	9

#### VACINAÇÃO:

31.1 Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) tomou vacina contra gripe?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

31.2 Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) tomou vacina contra pneumonia?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

31.3 Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) tomou vacina contra tétano (anti-tetânica ou dupla adulto)?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

#### QUEDAS

32.1 Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) sofreu alguma queda?	Sim	1
	Não – vá para a questão 33	2
	NS / NR	9

32.2 Quantas vezes caiu nos últimos 12 meses?	Uma vez	1
	Duas vezes	2
	Três ou mais vezes	3
	NS / NR	9

32.3 Onde sofreu essa queda (a última relatada)?	<b>Na instituição:</b>	
	No quarto	1
	No banheiro	2
	No refeitório	3
	Na área externa	4
	<b>Fora da instituição (para os que saem):</b>	
	Na rua	5
	Ao subir ou descer do transporte público	6
	No interior do transporte público	7
Outro:..... (especifique)	8	
NS / NR	9	

32.4. Como foi essa queda (a última relatada)?	Escorregou	1
	Tropeçou	2
	Ficou com tontura	3
	Desmaiou (Síncope)	4
	Fraqueza nas Pernas	5
	Foi empurrado (a)	6
	Não lembra	7
	Outro:..... (especifique)	8
	NS / NR	9

32.5 Por causa dessa queda, a última relatada, o(a) Sr(a) necessitou de atendimento médico?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

32.6 Como consequência dessa queda, a última relatada, o(a) Sr(a) sofreu alguma fratura?	Sim, de quadril ou bacia	1
	Sim, de punho	2
	Sim, outro local	3
	..... (especifique)	
	Não	4
NS / NR	9	

33. O(a) Sr.(a) sente <b>algum outro desconforto ou mal estar</b> ou tem <b>alguma outra doença</b> que o(a) incomoda ou interfere no seu dia-a- dia e <b>que não foi citado</b> até agora?	Sim	1
	Não - vá para a questão 34	2
	NS / NR	9

33.1 O (a) Sr(a) poderia me dizer que <b>desconforto, mal estar ou doença</b> é essa?	a)	
	b)	
	c)	
	NS / NR	9

#### ESTADO FUNCIONAL

34. A pessoa idosa:	Anda (deambula)	1
	É acamada	2
	É cadeirante (usa cadeira de rodas)	9

## **ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA**

As perguntas a seguir referem-se ao desempenho de atividades cotidianas. Por favor, diga-me se, por questões relacionadas à sua saúde, o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade em executá-las.

**ANDAR UM CÔMODO** (MOVER-SE SOBRE UMA SUPERFÍCIE A PÉ (COMODO DA CASA), PASSO A PASSO, DE MANEIRA QUE UM PÉ ESTEJA SEMPRE SOBRE O SOLO)

35. O(a) Sr(a) tem dificuldade em atravessar um cômodo caminhando?	Não, eu não tenho dificuldade – <b>Vá para a questão 36</b>	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho (a)	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não faz a atividade (acamado/cadeira)	4
	NS / NR	9

35.1 O(A) Sr(a) utiliza algum aparelho ou instrumento de apoio para atravessar um cômodo caminhando?	Sim	1
	Não - <b>Vá para a questão 36</b>	2
	NS / NR	9

35.2 Que tipo de aparelho ou instrumento de apoio o(a) Sr(a) utiliza para atravessar um cômodo caminhando?	Andador	1
	Bengala	2
	Muleta	3
	Outro: ..... (especifique)	4
	NS / NR	9

**VESTIR** (REALIZAR AS AÇÕES COORDENADAS E TAREFAS DE VESTIR E TIRAR AS ROUPAS E OS SAPATOS EM SEQUENCIA E DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES CLIMÁTICAS E SOCIAIS (INCLUI VESTIR, AJUSTAR E TIRAR CAMISAS, BLUSAS, CALÇAS, ROUPAS INTIMAS, MEIAS, CHAPÉUS, LUVAS, CASACOS, BOTAS, SANDALIAS E CHINELOS)

36. O(a) Sr(a) tem dificuldade para se vestir sozinho (parte de cima e/ou parte de baixo do corpo incluindo meias e sapatos)?	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho (a)	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	NS / NR	9

**BANHO** (LAVAR E SECAR TODO O CORPO OU PARTES DO CORPO, UTILIZANDO ÁGUA E MATERIAIS OU MÉTODOS DE LIMPEZA E SECAGEM APROPRIADOS (INCLUI BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA E SECAR-SE COM UMA TOALHA)

37. O(a) Sr(a) tem dificuldade para TOMAR BANHO SOZINHO?	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho (a)	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	NS / NR	9

**COMER** (EXECUTAR AS TAREFAS E AÇÕES COORDENADAS DE COMER O ALIMENTO SERVIDO, LEVÁ-LO À BOCA E CONSUMI-LO DE MANEIRA CULTURALMENTE ACEITÁVEL, CORTAR OU UTILIZAR UTENSÍLIOS)

38. O(a) Sr(a) tem dificuldade para COMER SOZINHO(A) a partir de um prato colocado à sua frente ?	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não faz a atividade (usa sonda)	4
	NS / NR	9

38.1 O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para engolir:  <i>ATENÇÃO NESSA RESPOSTA POIS O "NÃO" ESTÁ EM OUTRA POSIÇÃO</i>	Sim, qualquer alimento sólido e/ou líquido	1
	Sim, apenas líquidos	2
	Não	3
	Não se aplica (utiliza sonda)	4
	NS / NR	9

**MUDANÇA DE POSIÇÃO CORPORAL / TRANSFERÊNCIA** (MUDAR A POSIÇÃO CORPORAL (ABANDONANDO UMA E ADOTANDO OUTRA) MOVENDO-SE DE UM LOCAL PARA OUTRO)

39. O(A) Sr(a) tem dificuldade para DEITAR E/OU LEVANTAR DA CAMA/CADEIRA?	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não faz a atividade (acamado/cadeirante)	4
	NS / NR	9

**USAR O BANHEIRO** (INCLUI CHEGAR AO BANHEIRO, DESPIR-SE, SENTAR NO VASO SANITÁRIO SOZINHO, LIMPAR-SE, LEVANTAR DO VASO SANITÁRIO SOZINHO, VESTIR-SE)

40. O(A) Sr(a) tem dificuldade para USAR O BANHEIRO?	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não faz a atividade (usa fralda continuamente)	4
	NS / NR	9

**ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA**

**PREPARAR UMA REFEIÇÃO QUENTE**

- planejar, organizar, cozinhar e servir pratos simples e complexos para si próprio e para outros.
- inclui elaborar o cardápio, selecionar alimentos comestíveis e bebidas, reunir os ingredientes para preparar os pratos, cozinhar com calor, preparar pratos e bebidas frias e servir a comida.
- inclui também transformar ingredientes por meio de ações combinadas como descascar, fatiar, misturar, amassar, mexer, apresentar e servir o alimento de maneira apropriada à ocasião e à cultura.

41. O(a) Sr(a) tem dificuldade para <b><u>PREPARAR UMA REFEIÇÃO QUENTE?</u></b>	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição não permite)	5
	NS / NR	9

### **ADMINISTRAÇÃO DAS PRÓPRIAS FINANÇAS**

- o tem controle próprio sobre seus recursos econômicos e realiza transações econômicas simples como utilizar dinheiro para comprar comida, medicamentos ou objetos pessoais; utilizar cartão de banco e caixa eletrônico, utilizar cheques.

42. O(A) Sr(a) tem dificuldade para <b><u>CUIDAR DE SEUS NEGÓCIOS / DINHEIRO?</u></b>	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição/família não permite)	5
	NS / NR	9

42.1. O(A) Sr(a) tem dificuldade para <b><u>UTILIZAR CARTÃO/CAIXA ELETRONICO NO BANCO?</u></b>	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	NS / NR	9

### **USO DE TRANSPORTE**

- o utilizar transporte para se deslocar como passageiro. Inclui ser levado em um automóvel, taxi, ônibus, bicicleta, bonde, lotação, carroça, veículo puxado por tração animal, trem, metrô, barco e aeronave.

43. O(A) Sr(a) tem dificuldade para <b><u>UTILIZAR ALGUM TIPO DE TRANSPORTE SOZINHO</u></b> como ônibus, taxi, metrô, barco, transporte movido a tração animal ou qualquer outro tipo que possibilite sua ida a outros lugares como igreja, médico, casa de amigos, etc,?	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição não permite)	5
	NS / NR	9

### **FAZER COMPRAS**

- o selecionar, comprar e transportar todos os bens e serviços necessários para a vida diária como selecionar, comprar, transportar e armazenar alimentos, bebidas, roupas, materiais de limpeza, artigos para casa, utensílios e medicamentos)

44. O Sr. costuma fazer compras?	Sim	1
	Não – vá para a questão 45	2
	NS / NR	9

44.1 O(A) Sr(a) tem dificuldade para <b>FAZER COMPRAS SOZINHO</b> (alimentos, remédios, produtos de limpeza, roupas, etc)?	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição não permite)	5
	NS / NR	9

### **USO DE TELEFONE**

- Utilizar dispositivos, técnicas e outros meios para se comunicar. Inclui telefone fixo ou telefone celular.

45. O(A) Sr(a) tem dificuldade para <b>UTILIZAR O TELEFONE FIXO?</b>  <i>Obs: se a instituição tiver orelhão disponível, considerar como telefone fixo</i>	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição não permite)	5
	NS / NR	9

45.1 O(A) Sr(a) tem dificuldade para <b>UTILIZAR O TELEFONE CELULAR?</b>	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade (nunca teve celular)	4
	Não se aplica (a instituição não permite)	5
	NS / NR	9

### **TAREFAS DOMÉSTICAS**

- Administrar a casa: limpar a casa, lavar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos e remover o lixo. Inclui varrer, passar pano, lavar mesas, paredes e outras superfícies, coletar e remover o lixo doméstico; arrumar os quartos, armários e gavetas; coletar, lavar, dobrar e passar roupas; limpar sapatos; utilizar espanador, vassoura e aspirador de pó; utilizar máquina de lavar, secadora e ferro de passar; cuidar de plantas dentro e fora de casa, regar e fertilizar as plantas; fazer jardinagem e cultivar alimentos para consumo pessoal.

### **TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES**

46. O(A) Sr(a) tem dificuldade para fazer <b>TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES</b> (arrumar a cama, tirar pó, etc)?	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição não permite)	5
	NS / NR	9



## TAREFAS DOMÉSTICAS PESADAS

47. O(A) Sr(a) tem dificuldade para fazer <b>TAREFAS DOMÉSTICAS PESADAS</b> (lavar banheiro, limpar quintal, trocar cortinas, etc, por questões relacionadas a sua saúde?	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição não permite)	5
	NS / NR	9

## ADMINISTRAR OS PROPRIOS MEDICAMENTOS

- Lembrar-se dos horários dos medicamentos, pegá-los corretamente, retirar da embalagem, ingeri-los de forma apropriada conforme prescrição.

48. O(A) Sr(a) tem dificuldade para <b>TOMAR SEUS PROPRIOS MEDICAMENTOS SOZINHO(A)</b> ?  <i>OBS: verificar se o(a) idoso(a) tem medicações de uso pessoal em sua posse</i>	Não, eu não tenho dificuldade	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não toma medicamentos	4
	Não se aplica (a instituição é responsável por administrar <b>todos</b> os medicamentos)	5
	NS / NR	9

## ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA

49. O(A) Sr(a) mantém contato com outras pessoas por meio de cartas, telefone, email e/ou utiliza redes sociais na internet?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

49.1 O(a) Sr(a) poderia me dizer se tem dificuldade ou se sente limitado para manter contato com outras pessoas por meio de cartas, telefone, email e/ou utiliza redes sociais na internet?	Não, eu não tenho dificuldade / limitação	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho(a)	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	NS / NR	9

50. O(A) Sr(a) sai da instituição para visitar seus amigos e/ou familiares em suas casas?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

50.1 O(a) Sr(a) poderia me dizer se tem dificuldade ou se sente limitado para sair da instituição para visitar seus amigos e/ou familiares em suas casas?	Não, eu não tenho dificuldade / limitação	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho(a)	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição não permite que saia)	5
NS / NR	9	

51. O(A) Sr(a) sai da instituição sozinho(a) ou com outras pessoas para ir a lugares públicos (restaurante, cinema, clube, praça, etc)?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

51.1 O(a) Sr(a) poderia me dizer se tem dificuldade ou se sente limitado para sair da instituição sozinho(a) ou com outras pessoas para ir a lugares públicos (restaurante, cinema, clube, praça, etc)?	Não, eu não tenho dificuldade / limitação	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho(a)	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição não permite que saia)	5
	NS / NR	9

52. O(A) Sr(a) faz uso de computador incluindo a internet?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

52.1 O(a) Sr(a) poderia me dizer se tem dificuldade ou se sente limitado para utilizar computador incluindo a internet?	Não, eu não tenho dificuldade / limitação	1
	Eu tenho dificuldade, mas consigo fazer sozinho(a)	2
	Sim, eu tenho dificuldade e preciso de ajuda de outra pessoa	3
	Não costuma fazer a atividade	4
	Não se aplica (a instituição não permite que use o computador)	5
	NS / NR	9

### **53. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-5)**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
53.1 O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	<b>0</b>	<b>1</b>
53.2 Tem estado aborrecido frequentemente?	<b>1</b>	<b>0</b>
53.3 Com frequência se sente desamparado?	<b>1</b>	<b>0</b>
53.4 Tem preferido ficar na instituição em vez de sair e fazer coisas novas?	<b>1</b>	<b>0</b>
53.5 Sente-se inútil ou desvalorizado em sua situação atual?	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b> (soma $\geq 2$ sugere depressão)	__	

#### 54. USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

54.1 Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) foi a alguma consulta médica?	Sim, dentro da instituição	1
	Sim, fora da instituição	2
	Não	3
	NS / NR	9
54.2 Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) foi hospitalizado?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9
54.3. Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) foi atendido em um serviço de urgência / emergência?	Sim	1
	Não	2
	NS / NR	9

#### VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

##### PARA TODOS:

55 Circunferência da panturrilha	_ _ _ _  ,  _ _  cm
----------------------------------	---------------------

##### SE FOR DEAMBULANTE:

56. PESO	_ _ _ _  ,  _ _ _ _  Kg
57. ALTURA	_ _ _ _  ,  _ _  cm

#### **VELOCIDADE DE CAMINHADA**

Delimite o trajeto e explique ao(a) idoso(a) que você gostaria que ele(a) andasse, em sua velocidade de marcha habitual, de um ponto a outro do percurso delimitado. Explique que você irá marcar o tempo despendido, mas que é importante que ele caminhe da mesma forma que caminharia em uma rua para ir a uma loja ou à igreja.

58. Teste de caminhada	Realizou o teste em:  _ _ _ _  segundos  _ _ _ _  décimos de segundo	
	Não realizou o teste	2

58.1. Se o(a) idoso(a) NÃO TENTOU ou FALHOU na realização do Teste de Velocidade de caminhada, assinale o motivo mais adequado:	Tentou mas não conseguiu	1
	Não tentou por achar arriscado	2
	Idoso(a) incapacitado para realizar o teste	3
	Recusou-se a tentar	4
	NR	9

