

Qualidade de vida com sarcopenia

Este questionário tem perguntas sobre sarcopenia, uma fraqueza muscular que ocorre com o envelhecimento. A sarcopenia pode afetar sua vida diária. Esta pesquisa nos possibilita descobrir se o estado atual dos seus músculos afeta sua qualidade de vida.

Por favor, escolha a resposta mais apropriada para cada questão. O preenchimento do questionário deve levar aproximadamente 10 minutos.

1. Você atualmente sente diminuição:

	Muita	Alguma	Um pouco	Nenhuma
Na força de seus braços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na força de suas pernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na sua massa muscular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na sua energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nas suas capacidades físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na sua flexibilidade geral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Você sente dor nos seus músculos?

- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca

3. Quando realiza atividades físicas **leves** (caminhar lentamente, passar roupa, tirar o pó, lavar louças, fazer artesanato, regar as plantas, etc.), você:

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Eu não faço esse tipo de atividade física
Tem dificuldade?	<input type="checkbox"/>				
Fica cansado(a)?	<input type="checkbox"/>				
Sente dor?	<input type="checkbox"/>				

4. Quando realiza atividades físicas **moderadas** (caminhar rapidamente, lavar janelas, passar aspirador, lavar o carro, tirar mato do jardim, etc.), você:

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Eu não faço esse tipo de atividade física
Tem dificuldade?	<input type="checkbox"/>				
Fica cansado(a)?	<input type="checkbox"/>				
Sente dor?	<input type="checkbox"/>				

5. Quando realiza atividades físicas **intensas** (correr, fazer trilhas, levantar objetos pesados, mover móveis, cavar no jardim, etc.), você:

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Eu não faço esse tipo de atividade física
Tem dificuldade?	<input type="checkbox"/>				
Fica cansado(a)?	<input type="checkbox"/>				
Sente dor?	<input type="checkbox"/>				

6. Você atualmente se sente velho(a)?

- Sim, muito
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, nem um pouco

7. Se respondeu sim na questão 6, o que te dá essa impressão?
(escolha todas as alternativas que quiser)

- Eu passo mal facilmente
-
- Eu tomo muitos remédios
-
- Eu sinto fraqueza nos meus músculos
-
- Eu tenho problemas de memória
-
- Eu já vivenciei a morte de muitas pessoas próximas
-
- Eu não tenho muita energia, me sinto cansado(a) frequentemente
-
- Eu não estou enxergando bem
-
- Outro:
-

8. Você se sente fisicamente fraco(a)?

- Sim, completamente
-
- Sim, mais ou menos
-
- Sim, um pouco
-
- Não, nem um pouco
-

9. Você se sente limitado:

	Muito	Um tanto	Um pouco	Nem um pouco
Em relação ao período de tempo que consegue caminhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em quão frequentemente você sai para caminhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em relação à distância que consegue caminhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em relação à velocidade que consegue caminhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em relação ao tamanho dos seus passos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quando está andando:

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Eu não consigo andar
Você se sente muito cansado(a)?	<input type="checkbox"/>				
Você precisa se sentar regularmente para se recuperar?	<input type="checkbox"/>				
Você tem dificuldade para atravessar a rua rápido o suficiente?	<input type="checkbox"/>				
Você tem dificuldade com pisos irregulares?	<input type="checkbox"/>				

11. Você tem problemas de equilíbrio?

- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

12. Você cai com frequência?

- Muitas vezes
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

13. Você acha que sua aparência física mudou?

- Sim, muito
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, nem um pouco

14. Se respondeu sim à questão 13, de que forma? (escolha todas as alternativas que quiser)

- Mudança de peso (você ganhou ou perdeu peso)
- Surgimento de rugas
- Perda de altura
- Perda de massa muscular
- Queda de cabelo
- Surgimento de cabelos brancos
- Outro:

15. Se respondeu sim à questão 13, essa mudança o(a) incomoda?

- Sim, muito
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, nem um pouco

16. Você se sente frágil?

Muito

Um pouco

De forma alguma

17. Você está sentindo dificuldades para realizar qualquer uma das seguintes atividades diárias?

	Incapaz	Grande dificuldade	Alguma dificuldade	Nenhuma dificuldade	Não se aplica
Subir um lance de escadas	<input type="checkbox"/>				
Subir vários lances de escadas	<input type="checkbox"/>				
Subir um ou vários degraus sem segurar no corrimão	<input type="checkbox"/>				
Agachar ou ajoelhar	<input type="checkbox"/>				
Inclinar-se ou abaixar-se para pegar um objeto do chão	<input type="checkbox"/>				
Se levantar do chão sem segurar em nada	<input type="checkbox"/>				
Levantar-se de uma cadeira baixa sem apoio para os braços	<input type="checkbox"/>				
Mover-se, geralmente, de uma posição sentada para uma posição em pé	<input type="checkbox"/>				
Carregar objetos pesados (grandes sacolas cheias de compras, panela cheia de água, etc.)	<input type="checkbox"/>				
Abrir uma garrafa ou jarra	<input type="checkbox"/>				
Usar transporte público	<input type="checkbox"/>				
Entrar ou sair de um carro	<input type="checkbox"/>				
Fazer suas compras	<input type="checkbox"/>				
Fazer o serviço de casa (arrumar a cama, passar aspirador, passar roupa, lavar as louças, etc.)	<input type="checkbox"/>				

18. A sua fraqueza muscular limita seus movimentos?

- Sim, muito
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, nem um pouco

19. Se respondeu sim à questão 18, por quais razões?
(escolha todas as alternativas que quiser)

- Medo de dor
- Medo de que você pode não conseguir
- Medo de se sentir cansado após essas atividades
- Medo de cair
- Outro:

20. Sua fraqueza muscular limita sua vida sexual?

- Eu não sou sexualmente ativo(a)
- Sim, completamente
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, nem um pouco

21. Como mudou sua participação em atividades físicas/esportes?

- Aumentou
- Diminuiu
- Não mudou
- Eu nunca fiz atividades físicas ou esportes

22. Como mudou sua participação em atividades de lazer (sair para comer, jardinagem, fazer artesanato, pescar, clubes da terceira idade, jogar baralho, fazer uma caminhada, etc.) ?

- Aumentou
- Diminuiu
- Não mudou
- Eu nunca participei de atividades de lazer