

Sarcopenia e qualidade de vida

Este questionário pergunta sobre a **sarcopenia**, que é uma **fraqueza muscular que ocorre com o envelhecimento**. A sarcopenia pode afetar a sua vida diária. Este questionário vai possibilitar saber se a capacidade dos seus músculos **afeta atualmente a sua qualidade de vida**.

Por favor, escolha a resposta **mais apropriada** para cada pergunta. O questionário demorará aproximadamente 10 minutos a responder.

1. Sente atualmente uma redução:

	Muita	Alguma	Pouca	Nenhuma
Na força dos seus braços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na força das 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. Sente dor nos seus músculos?

- Frequentemente
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca

3. Quando realiza atividades físicas **leves** (caminhar devagar, passar roupa a ferro, limpar o pó, lavar a loiça, fazer bricolage, regar o jardim, etc.), você:

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Eu não realizo este tipo de atividades físicas
Tem dificuldade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica cansado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Quando realiza atividades físicas **moderadas** (caminhar em passo acelerado, limpar as janelas, aspirar o pó, lavar o carro, apanhar ervas no jardim, etc.), você:

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Eu não realizo este tipo de atividades físicas
Tem dificuldade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica cansado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Quando realiza atividades físicas **intensas** (correr, caminhada de montanha, levantar objetos pesados, deslocar móveis, cavar o jardim, etc.), você:

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Eu não realizo este tipo de atividades físicas
Tem dificuldade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fica cansado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente dor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Sente-se velho(a) atualmente?

- Sim, muito
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, de modo algum

7. Se respondeu sim à questão 6, o que lhe dá essa impressão?
(escolha todas as respostas que considere apropriadas)

- Sinto-me mal com facilidade
- Tomo muitos medicamentos
- Sinto uma fraqueza nos meus músculos
- Tenho problemas com a minha memória
- Tive de enfrentar a morte de várias pessoas que me eram próximas
- Não tenho muita energia, sinto-me cansado(a) frequentemente
- A minha visão é fraca
- Outras:

8. Sente-se fisicamente fraco(a)?

- Sim, completamente
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, de modo algum

9. Sente limitação relativamente:

	Muita	Alguma	Pouca	Nenhuma
À quantidade de tempo que é capaz de caminhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ao número de vezes que sai à rua para caminhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À distância que é capaz de caminhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À velocidade com que é capaz de caminhar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ao comprimento da sua passada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quando está a caminhar:

	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Eu não consigo caminhar
Sente-se muito cansado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessita sentar-se regularmente para recuperar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade em atravessar ruas com rapidez suficiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente dificuldades com pisos irregulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Tem problemas com o seu equilíbrio?

- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

12. Com que frequência cai?

- Muito frequentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

13. Considera que a sua aparência física se modificou?

- Sim, muito
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, de modo algum

14. Se respondeu sim à questão 13, de que modo?

(escolha todas as respostas que considere apropriadas)

- Mudança no peso (engordou ou perdeu peso)
- Aparecimento de rugas
- Perda de altura
- Perda de massa muscular
- Perda de cabelo
- Aparecimento de cabelos brancos ou grisalhos
- Outras:

15. Se respondeu sim à questão 13, está incomodado(a) com esta mudança?

- Sim, muito
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, de modo algum

16. Sente-se frágil?

- Muito
- Um pouco
- De modo algum

17. Atualmente tem dificuldade em realizar algumas das seguintes atividades diárias:

	Incapaz de realizar	Grande dificuldade	Alguma dificuldade	Nenhuma dificuldade	Não se aplica
Subir um lance de escadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir vários lances de escadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir um ou vários degraus sem se apoiar no corrimão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agachar-se ou ajoelhar-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baixar-se ou inclinar-se para apanhar um objeto do chão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar-se do chão sem se apoiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar-se de uma cadeira baixa sem suporte para os braços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mudar-se habitualmente de uma posição sentada para uma posição de pé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carregar objetos pesados (sacos grandes cheios de compras, uma panela grande cheia de água, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir uma garrafa ou um jarro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar ou sair de um carro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer as suas compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar o trabalho doméstico (fazer a cama, aspirar o chão, passar a roupa, lavar a loiça, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. A fraqueza dos seus músculos limita os seus movimentos?

- Sim, muito
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, de modo algum

19. Se respondeu sim à questão 18, quais são as razões?
(escolha todas as respostas que considere apropriadas)

- Medo da dor
- Medo de que possa não ser capaz
- Medo de se sentir cansado(a) após essas atividades
- Medo de cair
- Outras:

20. A sua fraqueza muscular limita a sua vida sexual?

- Não sou sexualmente ativo(a)
- Sim, completamente
- Sim, mais ou menos
- Sim, um pouco
- Não, de modo algum

21. Como é que a sua participação em atividades físicas/desportivas se modificou?

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou
- Nunca participei em atividades físicas ou desportivas

22. Como é que a sua participação em atividades recreativas (em clubes de seniores, ir comer fora, fazer jardinagem, fazer bricolagem, pescar, jogar às cartas, fazer caminhada, etc.) se modificou?

- Aumentou
- Diminuiu
- Não se alterou
- Nunca participei em atividades recreativas