

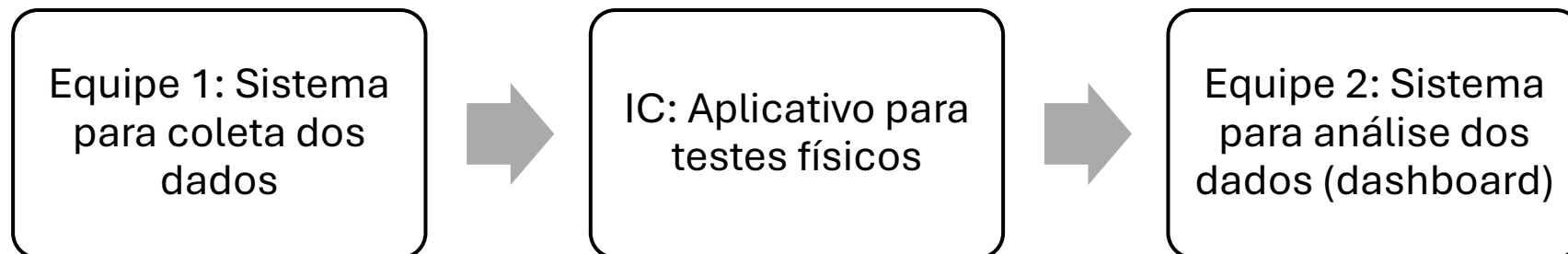
Levantamento de Requisitos

Dashboard Tecnoaging

Março/2025

Objetivo

- Identificar as diferentes necessidades de visualização sobre os dados que serão coletados no sistema Tecnoaging
 - Questionários
 - Testes físicos (?)



Para direcionar nossas decisões:

- Qual é o público-alvo?
- Que perguntas o gráfico deve responder?
- Que resposta o gráfico deve mostrar?
- Que mensagem deseja-se transmitir?

Coletas de dados em desenvolvimento

Atividade
Física e
Sedentarismo

FACT-F

IVCF-20

MEEM – Mini
Mental

PFS –
Fatigabilidade
de Pittsburgh

Atividade Física e Comportamento Sedentário

Nível de Atividade Física e Comportamento Sedentário

Atividade Moderada

Você consegue realizá-la conversando com dificuldade enquanto se movimenta e não vai conseguir cantar.

Quanto tempo por dia você realiza atividades moderadas? (HH:MM)

--:-- --

Campo obrigatório

Quantos dias por semana?

Campo obrigatório

Próxima

Atividade Física e Comportamento Sedentário

- Quantos min/dia você realiza atividades moderadas?
- Quantos dias por semana?
- Quanto min/dia você realiza atividades vigorosas?
- Quantos dias por semana?
- Quanto tempo do seu dia, enquanto você está acordado você gasta sentado assistindo televisão, no celular ou em frente ao computador?

FACT-F

Functional Assessment of Cancer Therapy - Fatigue (FACT-F)

Bem-estar Físico

Avaliação do seu estado físico durante os últimos 7 dias

Estou sem energia

☐ Nem um pouco
☐ Um pouco
☐ Mais ou menos
☐ Muito
☐ MUITÍSSIMO

Fico enjoado(a)

☐ Nem um pouco
☐ Um pouco
☐ Mais ou menos
☐ Muito
☐ MUITÍSSIMO

Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família

☐ Nem um pouco
☐ Um pouco
☐ Mais ou menos
☐ Muito
☐ MUITÍSSIMO

Próxima

FACT-F

	<u>BEM-ESTAR FÍSICO</u>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GP1	Estou sem energia	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado (a)	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado (a) pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente	0	1	2	3	4
GP7	Tenho que me deitar durante o dia	0	1	2	3	4

FACT-F

	<u>BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR</u>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito (a) com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo (a) do(a) meu (minha) parceiro(a) (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível atual de atividade sexual, favor responder à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo [] e passe para a próxima seção</i>					
GS7	Estou satisfeito (a) com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

FACT-F

	<u>BEM-ESTAR EMOCIONAL</u>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito (a) com a maneira como enfrento a minha doença.	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso (a)	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado (a) com a idéia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado (a) que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

FACT-F

	<u>BEM-ESTAR FUNCIONAL</u>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado (a) com o meu trabalho (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito (a) com a qualidade da minha vida neste momento	0	1	2	3	4

FACT-F

	<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
HI 7	Sinto-me fatigado (a)	0	1	2	3	4
HI 12	Sinto fraqueza generalizada	0	1	2	3	4
An 1	Sinto-me sem forças	0	1	2	3	4
An 2	Sinto-me cansado (a)	0	1	2	3	4
An 3	Tenho dificuldade em começar as coisas porque estou cansado (a)	0	1	2	3	4
An 4	Tenho dificuldade em acabar as coisas porque estou cansado(a)	0	1	2	3	4
An 5	Tenho energia	0	1	2	3	4
An 7	Sou capaz de fazer as minhas atividades normais	0	1	2	3	4
An 8	Preciso (de) dormir durante o dia	0	1	2	3	4
An 12	Estou cansado (a) demais para comer	0	1	2	3	4
An 14	Preciso de ajuda para fazer as minhas atividades normais	0	1	2	3	4
An 15	Estou frustrado (a) por estar cansado (a) demais para fazer as coisas que quero	0	1	2	3	4
An 16	Tenho que limitar as minhas atividades sociais por estar cansado (a)	0	1	2	3	4

IVCF-20

2/7

Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20)

Percepção da saúde comparada

Avaliação geral da saúde comparada historicamente.

Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

☐ Melhor

☐ Pior

☐ Igual

Anterior

Próxima

IVCF-20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
www.ivecf-20.com.br			
<p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.</p> <p>Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>			Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade? <input type="radio"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="radio"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="radio"/> ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: <input type="radio"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="radio"/> Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="radio"/> Sim ⁴ <input type="radio"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	<p><i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i></p>	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="radio"/> Sim ⁴ <input type="radio"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="radio"/> Sim ⁴ <input type="radio"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
		AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="radio"/> Sim ⁶ <input type="radio"/> Não
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="radio"/> Sim ¹ <input type="radio"/> Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="radio"/> Sim ² <input type="radio"/> Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="radio"/> Sim ² <input type="radio"/> Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="radio"/> Sim ² <input type="radio"/> Não	

IVCF-20

MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COMUNICAÇÃO	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não	
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		

MEEM

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Orientação Temporal

Pergunte ao paciente as seguintes questões, será calculado 1 ponto para cada.

Que dia é hoje?

- ☐ O paciente respondeu corretamente
☐ Respondeu incorretamente

Em que mês estamos?

- ☐ O paciente respondeu corretamente
☐ Respondeu incorretamente

Em que ano estamos?

- ☐ O paciente respondeu corretamente
☐ Respondeu incorretamente

Em que dia da semana estamos?

- ☐ O paciente respondeu corretamente
☐ Respondeu incorretamente

Qual a hora atual aproximada (considere variação de mais ou menos 1 hora)

- ☐ O paciente respondeu corretamente

Próxima

MEEM

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação temporal. Pergunte ao indivíduo (dê 1 ponto para cada resposta correta):

- Que dia é hoje?
- Em que mês estamos?
- Em que ano estamos?
- Em que dia da semana estamos?
- Qual a hora aproximada? (Considere a variação de mais ou menos uma hora)

Pontuação _____

Orientação espacial. Pergunte ao indivíduo (dê 1 ponto para cada resposta correta):

- Em que local nós estamos? (consultório, sala, dormitório...)
- Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo.... hospital, casa de repouso, própria casa...)
- Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?
- Em que cidade nós estamos?
- Em que estado nós estamos?

Pontuação _____

Memória imediata. Eu vou dizer 3 palavras e você irá repeti-las a seguir: CARRO – VASO – TIJOLO. Dê 1 ponto para cada repetida corretamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros.

Pontuação _____

Cálculo. Subtração de 7 seriadamente (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7; 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o avaliado espontaneamente se autocorrigir.

Pontuação _____

Evocação das palavras. Perguntei quais as palavras que o indivíduo acabara de repetir (CARRO-VASO-TIJOLO). Dê 1 ponto para cada.

Pontuação _____

Nomeação. Peça para o indivíduo nomear os objetos mostrados (relógio, caneta). 1 ponto para cada.

Pontuação _____

MEEM

Nomeação. Peça para o indivíduo nomear os objetos mostrados (relógio, caneta). 1 ponto para cada.

Pontuação _____

Repetição. Preste atenção: Vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” . Considere 1 ponto somente se a repetição for perfeita.

Pontuação _____

Comando. Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Pontuação _____

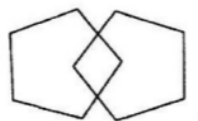
Leitura. Mostre a frase escrita: “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando. 1 ponto.

Pontuação _____

Frase. Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou de ortografia. (1 ponto).

Pontuação _____

Cópia do desenho. Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto).



Pontuação _____

Pontuação total_____

Critério de Exclusão: Analfabetos: 20 pontos; 1-4 anos de escolaridade: 25 pontos; 5-8 anos de escolaridade: 26 pontos; 9-11 anos de escolaridade: 28 pontos; Escolaridade superior a 11 anos: 29 pontos

PFS

PFS - Formulário de Fatigabilidade de Pittsburgh

Formulário de Fatigabilidade de Pittsburgh (PFS)

Atividade	Fadiga Física (0-5)	Fadiga Mental (0-5)	Fez no último mês?
Caminhar à lazer por 30 minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Caminhada rápida ou acelerada por 1 hora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Atividade doméstica leve por 1 hora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Trabalho pesado de jardinagem ou ao ar livre por 1 hora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Assistir à TV por 2 horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Sentar-se em silêncio por 1 hora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Treinamento de força - intensidade moderada a alta por 30 minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Participar de um evento social por 2 horas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Atividade recreativa moderada por 1 hora	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Atividade aeróbica leve por 30 minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

[Salvar](#)[Voltar](#)