



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA - PAIAMAB

FICHA CADASTRAL

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Nº do SUS: \_\_\_\_\_ Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome do Cuidador: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Telefone/Celular: \_\_\_\_\_  
Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Com quem você mora? \_\_\_\_\_  
( ) Pais ( ) Companheiro(a) ( ) Filhos ( ) Parentes ( ) Amigos ( ) Empregados domésticos ( )  
Outros: \_\_\_\_\_  
Quantos filhos nascidos vivos você teve no total?  
( ) Nenhum ( ) Um ( ) Dois ( ) Três ( ) Quatro ( ) Cinco ( ) Mais. Quantos? \_\_\_\_\_  
Atualmente você: \_\_\_\_\_  
( ) Está aposentado(a) ( ) Trabalha ( ) Trabalha e estuda ( ) Estuda  
Qual é o tipo de residência de sua família?  
( ) Própria ( ) Alvenaria ( ) Madeira ( ) Alugada ( ) Emprestada  
Quantas pessoas moram na sua casa incluindo você?  
( ) 1 pessoa ( ) 2 pessoas ( ) 3 pessoas ( ) 4 pessoas ( ) 5 pessoas ( ) Mais. Quantas? \_\_\_\_\_  
Qual é o seu nível de escolaridade?  
( ) Não alfabetizado(a) ( ) Ens. Fundamental ( ) Ens. Médio ( ) Superior Completo.  
Qual é a renda mensal média de sua família hoje?  
( ) Até R\$ 610,00 ( ) De R\$ 610,00 até R\$ 800,00 ( ) De R\$ 800,00 até R\$ 1.000,00.  
( ) Acima de R\$ 1.000,00 ( ) Não possui nenhuma renda – Vive de ajuda de outros  
Você é beneficiário de algum Programa Social do Governo Federal, se sim qual?  
( ) Bolsa Família ( ) BPC – Benefício de Prestação Continuada /Idoso  
( ) BPC – Benefício de Prestação Continuada /Pessoa com Deficiência  
Você já foi vítima de algum tipo de violência?  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não ( ) Prefiro não declarar  
Entrevistador/Coletor: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ.**  
**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA - PAIAMAB**  
**ANEXO 1: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

Nome: \_\_\_\_\_

Nº de Controle: \_\_\_\_\_

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você, como membro mais velho da sociedade. Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
O quanto você se preocupa com o que o seu futuro poderá trazer?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas:

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), vida diária?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
F26.1 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
F29.2 Quão preocupado você está pela maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
F29.4 O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

A seguintes questões perguntam sobre quanto completa mente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas:

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Completamente
F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5
F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas:

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Mais ou menos	Satisfeito	Muito Satisfeito
F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5
F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5
F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5

	Muito Infeliz	Infeliz	Nem Feliz, Nem	Feliz	Muito Feliz
F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5

	Muito Ruins	Ruim	Nem Ruim, Nem Boa	Boa	Muito Boa
F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Completamente
F30.4 Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
F30.7 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA -**  
**PAIAMAB**

**ANEXO 2: ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO**

**Nome:**  
**aplicação**

**Nº de Controle:** *Itens e instrumentos para*

*As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:*

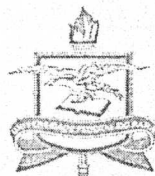
- 0 = nunca
- 1 = quase nunca
- 2 = às vezes
- 3 = quase sempre
- 4 = sempre

**Primeira intervenção:** Nesse último mês, com que frequência...

1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob seus controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira com que gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

**Ultima Intervenção:** Nesse último mês, com que frequência...

1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	12	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	12	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	0	12	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	12	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	12	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	12	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	12	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	12	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	12	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob seus controle?	0	12	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	12	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira com que gasta seu tempo?	0	12	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode	0	12	3	4



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA - PAIAMAB

ANEXO 3: ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA

Nome: \_\_\_\_\_ Nº de Controle: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. Sente dor nas costas? ( ) Não ( ) Sim

2. Se sim, em que (quais) região (ões)?

( ) Cervical

Cervical

( ) Torácica

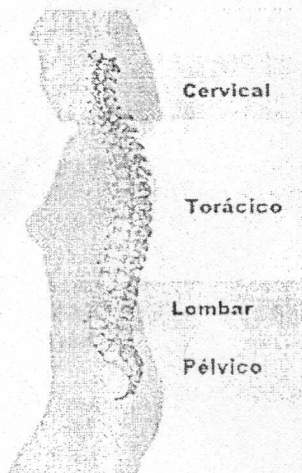
Torácico

( ) Lombar

Lombar

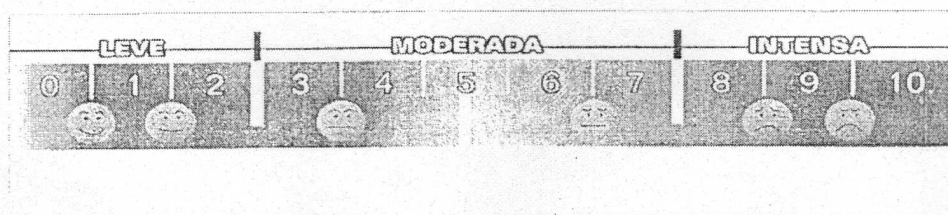
( ) Sacral/Pélvico

Pélvico

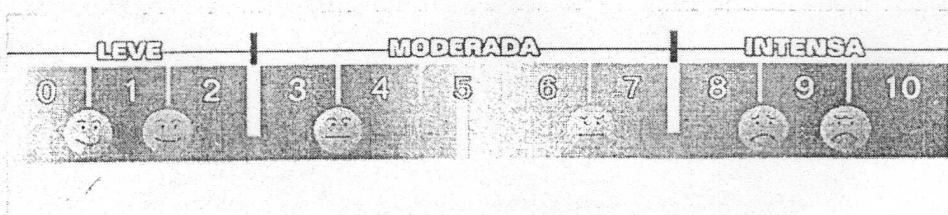


3. Em uma escala de 0 a 10, como você classificaria a sua dor?

Início



Término



Entrevistador/Coletador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_