



**INVESTIGADOR** : Paula Saraiva  
**ORIENTADOR** : Anabela Almeida  
**CURSO**: Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

---

**Análise económica e mensuração da qualidade de vida em pessoas  
com DPOC submetidas a Reabilitação Respiratória**

# INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

**Covilhã, Setembro de 2011**

- *Análise económica e mensuração da qualidade de vida em pessoas com DPOC submetidas a Reabilitação Respiratória*

**NOTA DE ESCLARECIMENTO**

Antes de começar a responder às questões que integram este instrumento de pesquisa, pretendemos informá-lo que:

- O estudo tem como objectivo principal fazer uma análise económica e mensurar a qualidade de vida do doente com DPOC, submetido a reabilitação respiratória;**
- Vimos por este meio solicitar a sua colaboração e autorização para participar neste estudo;**
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;**
- As suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, em consonância com o objectivo da presente investigação;**
- Será garantida a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário.**

Obrigado pela sua colaboração  
P'la Equipa de Investigação  
Prof.Doutora Anabela Almeida

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SECÇÃO A – Caracterização Sócio – Demográfica****1. Sexo**

- Masculino  
 Feminino

**2. Idade** \_\_\_\_ anos**3. Estado civil**

- Casado(a)  
 Solteiro(a)  
 Viúvo(a)  
 Divorciado  
 Outro: \_\_\_\_\_

**4. Peso:** \_\_\_\_\_**5. Altura:** \_\_\_\_\_**6. Localidade de residência:**

\_\_\_\_\_

**8. O rendimento mensal:**

- Até 419,22 euros  
 Entre 419,22 e 628,83 euros  
 Entre 628,83 e 838,44 euros  
 Entre 838,44 e 1,048 euros  
 Superior a 1,048 euros

**7. Pessoa com vive:**

- Marido / esposa  
 Pai / mãe  
 Filho(a)  
 Genro/nora  
 Sobrinho (a)  
 Outro grau de parentesco  
Qual? \_\_\_\_\_  
 Sem parentesco  
Quem? \_\_\_\_\_

**9. Habilitações literárias:**

- Nulas  
 Menos de 4 anos de escolaridade  
 4 anos de escolaridade (4ª classe)  
 4-6 anos de escolaridade  
 7-9 anos de escolaridade  
 10-12 anos de escolaridade  
 Bacharelato  
 Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento

**10. Profissão:** \_\_\_\_\_**11. Situação laboral:**

- Empregado  
 Desempregado  
 Reformado

**SECÇÃO B – Caracterização Circunstancial****1. Acessibilidade aos serviços de saúde:**

- Transporte Próprio  
 Transporte de Familiares/Vizinhos  
 Transporte Público  
 Outro

**2. Distância do domicílio ao serviço de saúde mais próximo:** \_\_\_\_\_ km**3. Ajudas de profissionais de saúde no domicílio:**

- Nenhuma  
 Do centro de saúde

De instituições de apoio domiciliário

**SECÇÃO C - Caracterização Clínica****1. Há quanto tempo foi diagnosticada a sua doença?** \_\_\_\_ anos \_\_\_\_ meses**2. Qual o estágio da sua doença?** \_\_\_\_\_**3. Faz oxigénio em casa?**  Sim  Não (se respondeu sim, diga quantas horas por dia: \_\_\_\_\_)**3. Medicação habitual:** \_\_\_\_\_

**4. Tem hábitos tabágicos?**

- Actualmente -  Sim  Não
- Há algum tempo atrás -  Sim  Não (se respondeu sim, diga quantos anos foi fumador: \_\_\_\_\_)

**5. Número de internamentos no último ano (relacionados com o seu problema respiratório): \_\_\_\_\_**

**6. Faz reabilitação respiratória?**

- Actualmente -  Sim  Não
- Há algum tempo atrás -  Sim  Não

**SECÇÃO D – Questionário do Hospital St. George na Doença Respiratória (SGRQ)**

Este questionário ajuda-nos a compreender até que ponto a sua dificuldade respiratória o/a perturba e afecta a sua vida. Utilizamo-lo para descobrir quais os aspectos da sua doença que causam mais problemas.

Interessa-nos saber o que sente e não o que os médicos e enfermeiras acham que você sente.

Leia atentamente as instruções. Esclareça as dúvidas que tiver. Não perca muito tempo nas suas respostas.

Antes de preencher o questionário:

Assinale com “x” a resposta que descreve melhor o seu estado de saúde actual:

Muito Bom       Bom       Moderado       Mau       Muito Mau

**▪ PARTE 1**

Para cada um das perguntas seguintes, assinale a resposta que melhor corresponde aos seus problemas respiratórios, nos últimos 3 meses. Assinale um só quadrado para cada pergunta:

	Maioria dos dias da semana	Vários dias na semana	Alguns dias no mês	Só com infecções respiratórias	Nunca
1. Durante os últimos 3 meses tossi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durante os últimos 3 meses tive expectoração:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Durante os últimos 3 meses tive falta de ar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durante os últimos 3 meses tive crises de pieira (chiadeira ou “gatinhos no peito”).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante os últimos 3 meses, quantas crises graves de problemas respiratórios teve:	Mais de 3 crises <input type="checkbox"/>	3 crises <input type="checkbox"/>	2 crises <input type="checkbox"/>	1 crise <input type="checkbox"/>	nenhuma <input type="checkbox"/>
6. Quanto tempo durou a pior dessas crises? (passe para a pergunta 7 se não teve crises graves)	1 semana ou mais <input type="checkbox"/>	3 ou mais dias <input type="checkbox"/>	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/>	Menos de 1 dia <input type="checkbox"/>	
7. Durante os últimos 3 meses, numa semana considerada como habitual, quantos dias bons (com poucos problemas respiratórios), teve:	Nenhum dia <input type="checkbox"/>	1 ou 2 dias <input type="checkbox"/>	3 ou 4 dias <input type="checkbox"/>	Quase todos os dias <input type="checkbox"/>	Todos os dias <input type="checkbox"/>
8) Se tem pieira (chiadeira ou “gatinhos no peito”), é pior de manhã?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>			

---

▪ **PARTE 2**

**Secção 1**

A. Assinale um só quadrado para descrever a sua doença respiratória:

É o meu maior problema	Causa-me muitos problemas	Causa-me alguns problemas	Não me causa nenhum problema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

B. Se tem ou já teve um trabalho pago, assinale um dos quadrados: (passe para a Secção 2, se não trabalha)

A minha doença respiratória obrigou-me a parar de trabalhar	A minha doença respiratória interfere (ou interferiu) com o meu trabalho normal ou já me obrigou a mudar de trabalho	A minha doença respiratória não afecta (ou não afectou) o meu trabalho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Secção 2**

As perguntas abaixo referem-se às actividades que normalmente lhe têm provocado falta de ar nos últimos dias. Assinale com um “x” a resposta “Sim” ou “Não”, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
– Quando estou sentado/a ou deitado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A tomar banho ou a vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A caminhar dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A caminhar em terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A subir um lanço de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A subir ladeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Secção 3**

Mais algumas perguntas sobre a sua tosse e falta de ar nos últimos dias. Assinale com um “x” a resposta “Sim” ou “Não”, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
– A minha tosse causa-me dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A minha tosse cansa-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Falta-me o ar quando falo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Falta-me o ar quando me inclino para frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A minha tosse ou a falta de ar perturba o meu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Fico muito cansado/a com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

#### Secção 4

Perguntas sobre outros efeitos causados pela sua doença respiratória, nos últimos dias. Assinale com um “x” a resposta “Sim” ou “Não”, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
– A minha tosse ou falta de ar deixam-me envergonhado/a em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A minha doença respiratória é incómodo para a minha família, amigos ou vizinhos .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Tenho medo ou receio ou mesmo pânico quando não consigo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Sinto que não tenho controlo sobre a minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Não espero melhoras da minha doença respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A minha doença debilitou-me fisicamente, o que faz com que eu precise da ajuda de alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Fazer exercício é arriscado para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Tudo o que faço, parece-me ser um esforço muito grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Secção 5

Perguntas sobre a sua medicação para a sua doença respiratória. Caso não tenha medicação, passe para a Secção 6.

Assinale com um “x” a resposta “Sim” ou “Não”, de acordo com o seu caso:

	Sim	Não
– A minha medicação não me está a ajudar muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Tenho vergonha de tomar os medicamentos em público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A minha medicação provoca-me efeitos secundários desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– A minha medicação interfere muito com o meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Secção 6

As perguntas seguintes referem-se às actividades que podem ser afectadas pela sua doença respiratória. Assinale com um “x” a resposta “Sim” se pelo menos uma parte da frase se aplica ao seu caso; se não, assinale “Não”.

	Sim	Não
– Levo muito tempo a lavar-me ou a vestir-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Demoro muito tempo ou não consigo tomar banho ou um duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Ando mais devagar que as outras pessoas, ou então tenho que parar para descansar .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

– Demoro muito tempo para realizar as tarefas como o trabalho da casa, ou então tenho que parar para descansar .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Quando subo um lance de escadas, ou vou muito devagar, ou então tenho que parar para descansar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Se estou apressado/a ou se caminho mais depressa, tenho de parar para descansar ou ir mais devagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: subir ladeiras, carregar pesos quando subo escadas, tratar do jardim ou do quintal, arrancar ervas, dançar, jogar à bola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldades em fazer coisas como: carregar grandes pesos, cavar o jardim ou o quintal, caminhar depressa, jogar ténis ou nadar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Por causa da minha doença respiratória, tenho dificuldade em fazer coisas como: trabalho manual pesado, correr, andar de bicicleta, nadar rápido ou praticar desportos muito cansativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Secção 7

Gostaríamos de saber como é que a sua doença respiratória habitualmente afecta o seu dia a dia.

Assinale com um “x” resposta “Sim” ou “Não”.

(não se esqueça que Sim só se aplica ao seu caso, quando não puder fazer essa actividade, devido à sua doença respiratória).

	Sim	Não
– Não sou capaz de praticar desportos ou jogos que impliquem esforço físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Não sou capaz de sair de casa para me divertir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Não sou capaz de sair de casa para fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Não sou capaz de fazer o trabalho da casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Não sou capaz de sair da cama ou da cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Segue-se uma lista de outras actividades que provavelmente a sua doença respiratória o impede de fazer. (Não tem que assinalar nenhuma das actividades. Pretende-se apenas lembrá-lo de actividades que podem ser afectadas pela sua falta de ar).

- Dar passeios a pé ou passear o cão
- Fazer o trabalho doméstico ou tratar do jardim ou do quintal
- Ter relações sexuais
- Ir à igreja, ao café, ou a locais de diversão
- Sair com mau tempo ou permanecer em locais com fumo
- Visitar a família e os amigos ou brincar com as crianças

Por favor, escreva outras actividades importantes que tenha deixado de fazer devido à sua doença respiratória:

---



---



---

Assinale com um “x” ( só um) a resposta que melhor define a forma como você é afectado/a pela sua doença respiratória:

Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	Impede-me de fazer muitas das coisas que eu gostaria de fazer	Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SECÇÃO E – Funcionalidade Familiar (APGAR FAMILIAR)

Assinale a opção com uma cruz (x) no espaço em branco correspondente

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acho que a minha família concorda com o desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos (ex. irritação, pesar e amor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A)** Assinale com um “X” a resposta que melhor se aplica ao seu caso.







1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente Igual	Um pouco pior
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B)** Em geral, como classificaria a sua qualidade de vida? Assinale um número na escala abaixo:

										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A melhor Qualidade de Vida possível					A pior Qualidade de vida possível. Tão má ou pior que estar morto					

O preenchimento do questionário chegou ao fim. Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.