



# Qualidade Integral da Escala de Vida

## Adulto

### (ComQoI-A5)

### 1997



Este projeto foi financiado com o apoio do Programa Lifelong Learning da União Europeia. A informação contida nesta publicação vincula exclusivamente o autor, não sendo a Comissão responsável pela utilização que dela possa ser feita.



## ComQol – A5

Esta escala tem três secções. A primeira solicita algumas informações fatuais. As duas seguintes perguntam como se sente em relação a vários aspetos da sua vida.

Para responder a cada pergunta ponha um (X) no devido espaço. Peça auxílio se houver alguma coisa que não compreenda.

Por favor responda a todas as perguntas e não demore muito tempo em cada uma.

Nº de código	
--------------	--

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Dia / Mês / Ano)

SEXO: 

MASCULINO	
-----------	--

FEMININO	
----------	--

### SECÇÃO 1

Esta secção pede informações sobre vários aspetos da sua vida. Por favor assinale com (X) a resposta que melhor descreve a sua situação

#### 1.a) Onde vive?

Morada independente		Apartamento		Quarto (lar ou residência exemplo)	
---------------------	--	-------------	--	---------------------------------------	--

Proprietário ou arrendatário? 

Casa própria	
--------------	--

Arrendada	
-----------	--

#### b) Quantos bens pessoais tem comparado com os de outras pessoas?

Mais do que quase todas as pessoas	
Mais do que a média	
Cerca da média	
Menos do que a maioria	
Menos do que quase todos	

**c) Qual o seu rendimento bruto anual pessoal ou da sua família antes da aplicação dos impostos?**

Menos do que 10.999 Euros	<input type="checkbox"/>
Entre 11.000 e 25.999 Euros	<input type="checkbox"/>
Entre 26.000 e 49.999 Euros	<input type="checkbox"/>
Entre 50.000 e 55.999 Euros	<input type="checkbox"/>
Mais do que 56.000 Euros	<input type="checkbox"/>

**2.a) Quantas vezes foi ao médico nos últimos 3 meses?**

Nenhuma	<input type="checkbox"/>
1 - 2 vezes	<input type="checkbox"/>
3 - 4 vezes	<input type="checkbox"/>
5 - 7 vezes	<input type="checkbox"/>
8 ou mais	<input type="checkbox"/>

**b) Tem alguma deficiência ou doença? (ex. visual, auditiva, física, saúde, etc.)**

SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Se sim, por favor especifique:

<i>Nome da deficiência</i>	<i>Gravidade da deficiência ou problema da doença</i>
Ex: Visual	Necessita óculos para ler
Ex: Diabetes	Necessita de injeções diárias
Ex: Epilepsia	Necessita de medicação diária

**c) Qual é o medicamento que toma diariamente?**

NENHUM	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

Nome (s) do (s) medicamento (s)	

**3.a) Quantas horas pratica por semana as seguintes atividades? (Média últimos 3 meses)**

Horas de trabalho assalariado	0	1 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40 +
Horas de educação formal	0	1 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40 +
Horas de trabalho voluntário a cuidar de crianças	0	1 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40 +

**b) Nos seus tempos de lazer, quanto tempo livre tem, sem nada para fazer?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Normalmente	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não regularmente	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

**c) Em média, quantas horas de TV vê por dia?**

Nenhuma	<input type="checkbox"/>
1 a 2 horas	<input type="checkbox"/>
3 a 5 horas	<input type="checkbox"/>
6 a 9 horas	<input type="checkbox"/>
10 ou mais horas	<input type="checkbox"/>

**4.a) Quantas vezes fala com um amigo querido?**

Diariamente	<input type="checkbox"/>
Várias vezes por semana	<input type="checkbox"/>
Uma vez por semana	<input type="checkbox"/>
Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>
Menos do que uma vez por mês	<input type="checkbox"/>

**b) Quando se sente triste ou deprimido, quantas vezes alguém lhe mostra que gosta de si?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Usualmente	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não usualmente	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

**c) Se quer fazer alguma coisa especial, quantas vezes há alguém que a quer fazer consigo?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Usualmente	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não usualmente	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

**5.a) Costuma dormir bem?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Usualmente	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não usualmente	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

**b) Sente-se seguro em casa?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Usualmente	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não usualmente	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

**c) Quantas vezes está preocupado ou ansioso durante o dia?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Usualmente	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não usualmente	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

**6.a) A seguir está uma lista de atividades de lazer. Indique quantas vezes as pratica por mês (em média) ou (voluntariado)**

	Atividade	nº mês
1	Ir a um clube/grupo/sociedade	
2	Ir a um hotel/bar	
3	Assistir a eventos desportivos ao vivo (não na TV)	
4	Ir a um local de culto (igreja)	
5	Conversar com os vizinhos	
6	Ir comer fora	
7	Ir a um cinema	
8	Visitar a família ou os amigos	
9	Praticar um desporto ou fazer ginástica	
10	Outros (por favor descreva)	

**b) Faz voluntariado, exercendo um cargo de responsabilidade não pago, nalgum clube/grupo ou sociedade?**

SIM		NÃO	
-----	--	-----	--

Se NÃO, vá para a pergunta (c)

Se SIM, por favor indique o cargo de maior nível de responsabilidade exercido:

Membro da Comissão	
Presidente da Comissão	
Secretário/Tesoureiro	
Presidente	

**c) Quantas vezes as pessoas que não são da sua casa pedem a sua ajuda ou conselho?**

Quase todos os dias	
Muitas vezes	
Às vezes	
Não muito	
Quase nunca	

**7. a) Quantas vezes faz as coisas que realmente gosta de fazer?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não muito	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

**b) De manhã quando se levanta, quantas vezes não gostaria de poder ficar na cama todo o dia?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não muito	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

**c) Quantas vezes tem desejos que não se podem realizar?**

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes	<input type="checkbox"/>
Às vezes	<input type="checkbox"/>
Não muito	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

## SECÇÃO 2

### Qual a importância para si das seguintes áreas?

Responda com uma (X) nas respostas. Não há respostas certas ou erradas. Escolha a resposta que melhor descreve a importância da área para si. Não perca muito tempo nas respostas

#### 1. Qual a importância das COISAS QUE LHE PERTENCEM?

Não pode ser mais importante	<input type="checkbox"/>
Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

#### 2. Qual a importância da SUA SAÚDE ?

Não pode ser mais importante	<input type="checkbox"/>
Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

#### 3. Qual a importância DO QUE CONSEGUE NA VIDA?

Não pode ser mais importante	<input type="checkbox"/>
Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>

#### 4. Qual a importância de ter BOAS RELAÇÕES COM A FAMÍLIA E AMIGOS?

Não pode ser mais importante	<input type="checkbox"/>
Muito importante	<input type="checkbox"/>
Importante	<input type="checkbox"/>
Pouco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>



**5. Qual a importância de SE SENTIR EM SEGURANÇA?**

Não pode ser mais importante	
Muito importante	
Importante	
Pouco importante	
Nada importante	

**6. Qual a importância de FAZER COISAS COM AS PESSOAS QUE NÃO SÃO DA SUA FAMÍLIA?**

Não pode ser mais importante	
Muito importante	
Importante	
Pouco importante	
Nada importante	

**7. Qual a importância DA SUA PRÓPRIA FELICIDADE?**

Não pode ser mais importante	
Muito importante	
Importante	
Pouco importante	
Nada importante	

## SECÇÃO 3

Como se sente satisfeito consigo em relação às seguintes áreas?

Não perca muito tempo nas respostas

### 1. Sente-se satisfeito consigo em relação ÀS COISAS QUE LHE PERTENCEM?

Deliciado	
Com agrado	
Muito satisfeito	
Misto	
Insatisfeito	
Infeliz	
Terrivelmente insatisfeito	

### 2. Sente-se satisfeito consigo em relação À SUA SAÚDE?

Deliciado	
Com agrado	
Muito satisfeito	
Misto	
Insatisfeito	
Infeliz	
Terrivelmente insatisfeito	

### 3. Sente-se satisfeito consigo em relação AO QUE CONSEGUE NA VIDA?

Deliciado	
Com agrado	
Muito satisfeito	
Misto	
Insatisfeito	
Infeliz	
Terrivelmente insatisfeito	

**4. Sente-se satisfeito consigo em relação ÀS BOAS RELAÇÕES COM A FAMÍLIA E OS AMIGOS?**

Deliciado	
Com agrado	
Muito satisfeito	
Misto	
Insatisfeito	
Infeliz	
Terrivelmente insatisfeito	

**5. Sente-se satisfeito consigo em relação À SUA SEGURANÇA?**

Deliciado	
Com agrado	
Muito satisfeito	
Misto	
Insatisfeito	
Infeliz	
Terrivelmente insatisfeito	

**6. Sente-se satisfeito consigo a FAZER COISAS COM PESSOAS QUE NÃO SÃO DA SUA FAMÍLIA?**

Deliciado	
Com agrado	
Muito satisfeito	
Misto	
Insatisfeito	
Infeliz	
Terrivelmente insatisfeito	

**7. Está satisfeito com a sua PRÓPRIA FELICIDADE?**

Deliciado	
Com agrado	
Muito satisfeito	
Misto	
Insatisfeito	
Infeliz	
Terrivelmente insatisfeito	