



Qualidade Integral da Escala de Vida

Adulto

(ComQol-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 | <input type="checkbox"/> | NÃO | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

Se NÃO, vá para a pergunta (c)

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

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Membro da Comissão | <input type="checkbox"/> |
| Presidente da Comissão | <input type="checkbox"/> |
| Secretário/Tesoureiro | <input type="checkbox"/> |
| Presidente | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|---------------------|--------------------------|
| Quase todos os dias | <input type="checkbox"/> |
| Muitas vezes | <input type="checkbox"/> |
| Às vezes | <input type="checkbox"/> |
| Não muito | <input type="checkbox"/> |
| Quase nunca | <input type="checkbox"/> |

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 CONSEGUIE 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 | |