

Bioética

Manual de apoio às atividades práticas

Curso de Licenciatura em Fisioterapia

Joana Cruz

José Alves Guerreiro

Marlene Rosa

Nuno Morais

Índice

EXEMPLO DE FOLHA DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO.....	3
EXEMPLO DE PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS.....	7

EXEMPLO DE FOLHA DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO
no âmbito de Investigação

Documento Informativo ao Participante

Título do estudo: Relação entre a Atividade Física e o *Distress* associado à Sobrecarga em Cuidadores Informais de Indivíduos com DPOC

Orientadora/Investigadora Principal: Joana Cruz

Co-investigadoras: _____

1. Apresentação do estudo

Somos alunas de 4º ano de Licenciatura em Fisioterapia, da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) e gostaríamos de o/a convidar a participar neste estudo, realizado no âmbito das Unidades Curriculares Investigação Aplicada e Monografia. Iremos apresentar, de seguida, os objetivos e procedimentos inerentes a este estudo, para que possa decidir de forma consciente e informada se quer ou não participar. Se tiver dúvidas ou se precisar de informações adicionais, por favor questione as investigadoras através dos contactos disponibilizados no final deste documento. Desde já, muito obrigada pela sua atenção.

2. Quais os objetivos principais deste estudo?

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) leva a um conjunto de alterações no indivíduo, o que pode levar a um aumento progressivo da sua dependência em relação ao cuidador nas atividades do dia-a-dia. Cuidar de um indivíduo com DPOC acarreta inúmeras consequências, entre as quais o *stress* associado à sobrecarga. Estudos referem que a atividade física diminui os níveis de *stress* na população em geral. Contudo, desconhece-se esta influência na população específica dos cuidadores de indivíduos com DPOC. Posto isto, o objetivo desta investigação passa por verificar se a atividade física está relacionada com a os níveis de *stress* associados à sobrecarga nos cuidadores de indivíduos com DPOC.

3. Sou obrigado a participar no estudo?

A decisão de colaborar no estudo é sua. Caso decida participar, solicitamos-lhe que assine o consentimento informado, documento este que, para além de garantir o seu conhecimento relativo aos procedimentos necessários à investigação, assegura que participa de livre vontade. Mesmo após a assinatura deste documento, pode desistir em qualquer momento, sem que isso interfira nos cuidados de saúde ou sociais que lhe são prestados.

4. O que irá acontecer se eu decidir participar?

Caso decida participar, solicitamos-lhe que responda a algumas perguntas referentes aos seus dados sociodemográficos e a aspetos relativos aos cuidados prestados. Posteriormente, ser-lhe-á pedido para preencher alguns questionários sobre o nível de *stress* associado à sobrecarga, nível de atividade física, sintomas de ansiedade e depressão e qualidade de vida. O preenchimento dos questionários ocorrerá mediante a sua disponibilidade. Depois iremos pedir-lhe que use um acelerómetro durante 7 dias seguidos. Os acelerómetros são pequenos equipamentos que se usam discretamente na cintura, não causam qualquer desconforto e permitem conhecer os seus níveis de atividade física. No final de 2 semanas, será realizada a recolha do acelerómetro e ser-lhe-á pedido para voltar a responder às questões referentes à sobrecarga associada à prestação de cuidados. O agendamento das sessões de recolha de dados será sempre de acordo com a sua disponibilidade.

5. Quanto tempo demorará a sessão de recolha de dados?

O preenchimento dos questionários demorará aproximadamente 1 hora.

6. O que irá acontecer aos dados recolhidos?

Os dados recolhidos serão analisados pelas investigadoras deste estudo. A confidencialidade e o anonimato da informação fornecida serão assegurados pela atribuição de códigos a cada participante. A informação recolhida servirá apenas para este estudo, e fará parte da monografia e de comunicações

e/ou artigos científicos. Contudo, os participantes nunca serão identificados. Se pretender uma cópia do resultado final do estudo, por favor contacte as investigadoras.

7. O que tenho de fazer?

Não é requerida qualquer precaução específica. Pedimos apenas a sua disponibilidade para o preenchimento dos questionários acima referidos.

8. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

Não existem benefícios diretos ao participar no estudo. No entanto, a sua participação irá contribuir para o aumento do conhecimento relativo ao cuidador de indivíduos com DPOC, e consequentemente, melhorar os cuidados prestados e a qualidade de vida dos cuidadores informais.

9. Poderá alguma coisa correr mal?

Não existem desvantagens ou riscos para os participantes do estudo.

10. Terei de ter despesas relacionadas com este estudo?

Não terá quaisquer despesas associadas ao estudo. As recolhas de dados serão realizadas nos serviços de saúde onde o seu familiar/amigo com DPOC foi identificado e, se possível, antes/após as consultas ou sessões de tratamento, por forma a não provocar nenhum incómodo adicional ou deslocações extra.

11. Quem devo contactar em caso de dúvida ou se surgir algum problema?

Em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento, por favor contacte as investigadoras:

NOME

E-mail: _____, Telemóvel: _____

NOME

E-mail: _____, Telemóvel: _____

NOME

E-mail: _____, Telemóvel: _____

NOME

E-mail: _____, Telemóvel: _____

NOME

E-mail: _____, Telemóvel: _____

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria
Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro - Apartado 4137
2411-901 Leiria – Portugal

Muito obrigada por ter lido esta informação.

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Relação entre a Atividade Física e o *Distress* associado à Sobrecarga em Cuidadores Informais de Indivíduos com DPOC

Somos um grupo de investigadoras que estamos a desenvolver um estudo no âmbito da Monografia do 4º ano do curso de Licenciatura em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria que tem como, principal objetivo:

principal **objetivo:** explorar a relação entre a atividade física e o *distress* associado à sobrecarga em cuidadores de indivíduos com DPOC.

Assim, e para atingir os objetivos do estudo, estamos a solicitar que responda a algumas perguntas realizadas por profissionais devidamente treinados para o efeito. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria e da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria.

A sua participação é voluntária e todas as informações obtidas através desta recolha de dados são anónimas e confidenciais e serão apenas utilizadas para fins da investigação, estando em todos os momentos assegurada a sua privacidade. Neste sentido, em qualquer momento pode interromper a sua participação, sem qualquer tipo de prejuízo. Caso necessite de algum esclarecimento adicional não hesite em contactar:

NOME E-mail: _____, Telemóvel: _____
NOME E-mail: _____, Telemóvel: _____
NOME E-mail: _____, Telemóvel: _____
NOME E-mail: _____, Telemóvel: _____
NOME E-mail: _____, Telemóvel: _____

Obrigado pela sua colaboração.

As Investigadoras: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela(s) pessoa(s) que acima assina(m). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização de dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelas investigadoras.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____ / _____ / _____

EXEMPLO DE PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS
no âmbito de Investigação

Dados de identificação

(informação a destacar do protocolo)

Data ____/____/____
Dia Mês Ano

Código: _____

Nome: _____

Morada: _____

Telefone: _____

e-mail: _____

Protocolo de recolha de dados

Data ____ / ____ / ____
Dia Mês Ano

Código _____

A. INFORMAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A1. Género (1) [] feminino (2) [] masculino

A2. Idade ____ anos

A3. Habilitações literárias:

- (1) Não frequentou o sistema de ensino formal [] (2) Até ao 1º ciclo Ensino Básico (4º ano) []
(3) Até ao 2º ciclo Ensino Básico (6º ano) [] (4) Até ao 3º ciclo Ensino Básico (9º ano) []
(5) Até ao Ensino Secundário (12º ano) [] (6) Curso Médio []
(7) Ensino Superior []

A4. Estado Civil:

- (1) solteiro [] (2) casado [] (3) separado []
(4) divorciado [] (5) viúvo [] (6) união de facto []

A5. Ocupação habitual:

- (1) Trabalho remunerado [] (2) Trabalho não remunerado []
(3) Estudante [] (4) Trabalho doméstico []
(5) Reformado [] (6) Desempregado (motivo saúde) []
(7) Desempregado (outros motivos) [] (8) Outro []
Especifique _____

B. INFORMAÇÃO SOBRE O PACIENTE COM DPOC

B1. Género (1) [] feminino
(2) [] masculino

B2. Idade ____ anos

B3. Função pulmonar (de acordo com os dados da última espirometria)

Dados obtidos através de processo clínico:

Data: ____ / ____ / ____

Parâmetros	Valores
FEV ₁ valor	
FEV ₁ %	
FVC valor	
FVC %	
FEV ₁ /FVC	

Observações: _____

B2. INFORMAÇÃO SOBRE O CUIDADOR

Abaixo encontra-se uma lista com algumas condições de saúde. Por favor, selecione as que se referem à sua condição (se adequado):

Patologia cardiovascular:

- hipertensão []
- fibrilação auricular []
- doença das artérias coronárias (doença cardíaca isquémica) []
- insuficiência cardíaca []

- []

Doença metabólica:

- dislipidemia ou hiperlipedemia ou hiperlipoproteinemia []
- diabetes []
- osteoporose []
- obesidade []

- []

Patologia respiratória:

- hipertensão pulmonar []
- cancro dos pulmões []
- fibrose pulmonar []
- embolismo pulmonar []

- []

Renal:

- doença renal crónica []

Saúde mental:

- ansiedade []
- depressão []

Gastroenterologia:

- refluxo gastroesofágico []
- úlcera péptica []

Outra [] Especifique: _____

C. INFORMAÇÃO ACERCA DO CONTEXTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

C1. Qual o grau de parentesco com a pessoa a quem presta apoio?

- (1) Cônjuge/companheiro(a) [] (2) Filho(a) [] (3) Irmão(ã) []
(4) Nora/genro [] (5) Outro _____ []

C2. Especifique o tipo de cuidados que presta:

- (1) Cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir, alimentação...) []
- (2) Mobilidade (transferências, subir/descer escadas) []
- (3) Efetuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar) []
- (4) Gestão medicamentosa []
- (5) Cuidados terapêuticos (oxigenoterapia, ventilação) []
- (6) Gerir o dinheiro []
- (7) Utilizar o telefone []
- (8) Ir às compras []
- (9) Tratar de assuntos burocráticos (e.g., ir à Segurança Social) []
- (10) Acompanhamento a consultas médicas []
- (11) Transporte []
- (12) Apoio financeiro []
- (13) Outro [] Qual? _____

C3. Em média, quantas horas por semana presta apoio desta pessoa?

- | | | | |
|----------------------|-----|---------------------------|-------|
| (1) Até 8 horas | [] | (2) De 8 a 20 horas | [] |
| (3) De 20 a 40 horas | [] | (4) Mais de 40 horas | [] |
| | | (ou cuidados permanentes) | _____ |

C4. Há quanto tempo presta apoio/cuidados desta pessoa?

- | | | | |
|-----------------------|-----|---------------------------|-------|
| (1) Há menos de 1 ano | [] | (2) Entre 1 a 2 anos | [] |
| (3) Entre 2 a 4 anos | [] | (4) Mais de 4 anos | [] |
| | | Especificar o n.º de anos | _____ |

C5. Qual a distância geográfica a esta pessoa?

- | | | | |
|--|-----|--------------------------------------|-----|
| (1) Vivem na mesma casa | [] | (2) Vivem no mesmo bairro/rua | [] |
| (3) Vivem na mesma terra (<10km) | [] | (4) Vivem em terras próximas (<30km) | [] |
| (5) Vivem a mais de 30 km de distância | [] | (6) Outra situação_____ | [] |

C6. Tem mais alguém a quem presta cuidados regularmente?

- | | | |
|---------|-----|--------------------|
| (1) Sim | [] | Especifique: _____ |
| (2) Não | [] | _____ |

Avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI)*

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique referindo-se às últimas 4 semanas, a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo.

Nas últimas 4 semanas	Não/ Nunca	Rara- mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<i>Sobrecarga emocional</i>					
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
<i>Implicações na vida pessoal</i>					
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5

Sobrecarga financeira					
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Reacções a exigências					
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Mecanismo de eficácia e de controlo					
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
Suporte familiar					
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
Satisfação com o papel e com o familiar					
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	1	2	3	4	5

* Martins, T., Garrett, C., & Pais-Ribeiro, J. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.

Questionário de Atividade Física Habitual (HPAQ)*

1. Pratica desporto ou exercício físico regular?

Sim Não

Se sim, qual o desporto ou exercício físico que pratica mais frequentemente?

Quantas horas por semana?

Menos de 1 hora

Entre 1 e 2 horas

Entre 2 e 3 horas

Entre 3 e 4 horas

Mais de 4 horas

Quantos meses por ano?

Menos de 1 mês

Entre 1 e 3 meses

Entre 4 e 6 meses

Entre 7 e 9 meses

Mais de 9 meses

Se pratica um segundo desporto ou exercício físico. Qual o desporto ou exercício físico que pratica?

Quantas horas por semana?

Menos de 1 hora

Entre 1 e 2 horas

Entre 2 e 3 horas

Entre 3 e 4 horas

Mais de 4 horas

Quantos meses por ano?

Menos de 1 mês

Entre 1 e 3 meses

Entre 4 e 6 meses

Entre 7 e 9 meses

Mais de 9 meses

Nas perguntas seguintes coloque uma cruz (x) no quadrado correspondente à sua opção:

2. Em comparação com outras pessoas da sua idade, considera que a actividade física que realiza nos tempos livres é:

Muito menor	Menor	Igual	Maior	Muito maior
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Por dia, quantos minutos costuma andar a pé ou de bicicleta (para ir e vir do trabalho, da escola ou para fazer compras)?

Menos de 5 minutos	Entre 5 a 15 minutos	Entre 15 a 30 minutos	Entre 30 a 45 minutos	Mais de 45 minutos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nas perguntas seguintes, coloque uma cruz (x) no número correspondente à sua opção, de acordo com os seguintes critérios:

- 1 – Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Algumas vezes
- 4 – Frequentemente
- 5 – Muito frequentemente

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
4. Nos tempos livres, com que frequência costuma transpirar (devido às actividades que realiza)?	1	2	3	4	5
5. Nos tempos livres, com que frequência costuma praticar desporto ou exercício físico?	1	2	3	4	5
6. Nos tempos livres, com que frequência costuma ver televisão?	1	2	3	4	5
7. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar a pé?	1	2	3	4	5
8. Nos tempos livres, com que frequência costuma andar de bicicleta?	1	2	3	4	5

* Almeida, M., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação do Habitual Physical Activity Questionnaire (Baecke), versão modificada, para a população portuguesa. *Referência: Revista de Enfermagem, 4(3), 27 – 36.*

Escala de Qualidade de Vida (WHOQoL Bref) *

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
Q1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Q2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito Nem pouco	Muito	Muitíssimo
Q3	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
Q4	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
Q5	Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
Q6	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
Q7	Até que ponto consegue concentrar-se?	1	2	3	4	5
Q8	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
Q9	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Q10	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
Q11	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
Q12	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
Q13	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
Q14	Em que tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
Q15	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou insatisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Q16	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
Q17	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
Q18	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Q19	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
Q20	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
Q21	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
Q22	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
Q23	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
Q24	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
Q25	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
Q26	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

* Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A et al. (2007) Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar *

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na **última semana**.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada.

A 3 2 1 0	Sinto-me tenso/a ou nervoso/a: <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar: <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	D 3 2 1 0
D 0 1 2 3	Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar: <input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada	Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre	A 0 1 2 3
A 3 2 1 0	Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer: <input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum	Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico: <input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre	D 3 2 1 0
D 0 1 2 3	Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas: <input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca	Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a: <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada	A 3 2 1 0
A 3 2 1 0	Tenho a cabeça cheia de preocupações: <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca	Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro: <input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca	D 0 1 2 3
D 3 2 1 0	Sinto-me animado/a: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre	De repente, tenho sensações de pânico: <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	A 3 2 1 0
A 0 1 2 3	Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a: <input type="checkbox"/> Quase Sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca	Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão: <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca	D 0 1 2 3

* Pais-Ribeiro, J., et al. (2007) Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med* 12(2):225-35.

QUESTIONÁRIO SOBRE SOBRECARGA FAMILIAR*

INSTRUÇÕES: Em seguida, apresentamos uma lista de perguntas que reflectem a forma como as pessoas por vezes se sentem quando tomam conta de outra pessoa. Depois de cada pergunta, indique com que frequência se sente dessa forma: nunca, raramente, por vezes, muito frequentemente ou quase sempre. Não existem respostas certas ou erradas.

1. Sente que o seu familiar pede mais ajuda do que a que ele precisa?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
2. Sente que, por causa do tempo que dedica ao seu familiar, não tem tempo suficiente para si próprio/a?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
3. Sente-se stressado/a por ter de tomar conta do seu familiar e de tentar cumprir outras responsabilidades familiares ou profissionais?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
4. Sente-se envergonhado/a com o comportamento do seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
5. Sente-se zangado/a quando está com o seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
6. Sente que o seu familiar prejudica presentemente o seu relacionamento com outros elementos da família ou amigos?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
7. Teme o que o futuro reserva ao seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
9. Sente-se nervoso/a quando está com o seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

10. Sente que a sua saúde foi prejudicada devido ao seu envolvimento com o seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
12. Sente que a sua vida social foi prejudicada por estar a tomar conta do seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
13. Sente-se desconfortável, ao receber visitas de amigos, por causa do seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
14. Sente que o seu familiar parece esperar que tome conta dele, como se você fosse a única pessoa de quem ele pode depender?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
15. Sente que, para além das suas outras despesas, não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
16. Sente que não será capaz de tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que o seu familiar adoeceu?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
18. Gostaria de poder, simplesmente, entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
19. Sente-se indeciso/a quanto ao que fazer em relação ao seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre
20. Sente que deveria estar a fazer mais pelo seu familiar?
0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

21. Sente que poderia fazer melhor ao tomar conta do seu familiar?

0. Nunca 1. Raramente 2. Por vezes 3. Muito frequentemente 4. Quase sempre

22. De um modo geral, até que ponto se sente sobrecarregado/a por tomar conta do seu familiar?

0. Nada 1. Um pouco 2. Moderadamente 3. Bastante 4. Extremamente

* Copyright 1980, 1983, 1990 Steven H Zarit and Judy M Zarit