

# PROJECTO ASMA

## -Inquérito Principal-

Antes de conversarmos sobre a (sua) asma (do seu filho / da sua filha), queria começar por lhe fazer algumas perguntas mais gerais.

### Caracterização Sócio-Demográfica

#### 1. Sexo (CONFIRMAR)

Masculino

Feminino

#### 2. Que idade tem actualmente (o/a seu/sua filho/a)? (CONFIRMAR)

anos

#### (Apenas para pessoas maiores de 16 anos)

#### 3. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro(a)  
 Casado(a) ou em união de facto (vive maritalmente há pelo menos 2 anos)  
 Divorciado(a) ou separado(a)  
 Viúvo(a)  
 Não sabe / Não responde

#### 4. Em que país nasceu?

- Portugal  
 Brasil  
 País Africano de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)  
 Europa Ocidental  
 Europa do Leste  
 Outros países da América do Sul e Central  
 América do Norte  
 Outros países africanos  
 Ásia  
 Outro país  
 Não sabe / Não responde

#### 5. Como é que descreveria o [seu] grupo étnico/raça [do/a seu/sua filho/a]? (LER OPÇÕES DE FORMA NEUTRA)

- Branco  
 Negro ou Mulato  
 Asiático  
 Latino-americano  
 Outro (Qual?)   
 Não sabe / Não responde

#### 6. Qual o nível de ensino mais elevado que frequenta ou que frequentou (o/a seu/sua filho/a)?

- Nenhum (0 anos)  
 1º Ciclo do ensino básico - 4ª classe (1-4 anos)  
 2º Ciclo do ensino básico - Preparatório (5-6 anos)  
 3º Ciclo do ensino básico - 5º ano dos liceus (7-9 anos)  
 Ensino secundário - 7º ano dos liceus (10-12 anos)  
 Ensino pós-secundário não superior - (ou não terciário)  
 Ensino superior universitário - (bacharelato, licenciatura, mestrado)  
 Doutoramento  
 Não sabe / Não responde

#### 7. Das seguintes categorias, qual a que melhor descreve a (sua) ocupação principal (do seu filho/a)?

- Exerce uma profissão Qual?   
 Estudante  
 Ocupa-se das tarefas domésticas  
 À procura do primeiro emprego  
 Desempregado(a)  
 Reformado(a)  
 Permanentemente incapacitado(a)  
 Outra situação  
 Não sabe / Não responde

Apenas para o caso do questionário ser sobre a CRIANÇA:

8. E podia dizer-me qual o nível de ensino mais elevado que a mãe frequenta ou frequentou?

- Nenhum
- 1º Ciclo do ensino básico
- 2º Ciclo do ensino básico
- 3º Ciclo do ensino básico
- Ensino secundário
- Ensino pós-secundário não superior
- Ensino superior universitário
- Doutoramento
- Não sabe / Não responde

9. E quantos anos de escolaridade a mãe completou com aproveitamento?

--	--

 Anos

10. Das seguintes categorias, qual a que melhor descreve a ocupação principal da mãe?

- Exerce uma profissão Qual?
- Estudante
- Ocupa-se das tarefas domésticas
- À procura do primeiro emprego
- Desempregada
- Reformada
- Permanentemente incapacitada
- Outra situação
- Não sabe / Não responde

Irei agora colocar-lhe umas questões gerais de saúde.

### Questões gerais sobre saúde

11. Esta época de outono/inverno, ou seja, desde Setembro de 2010, [o/a seu/sua filho/a] fez a vacina da gripe sazonal?

- Sim
- Não
- NS/NR

12. Pode dizer-me o [seu] peso e altura [do/a seu/sua filho/a]?

*Se não responde ou não sabe cotar 999*

Peso  Kg      Altura  Cm

13. Está (o/a seu/sua filho/a) exposto ao fumo de tabaco em sua casa?

- Sim
- Não
- NS/NR

**SALTAR PARA QUESTÃO 15. SE A PESSOA EM ANÁLISE FOR UMA CRIANÇA**

14. E o(a) Sr(a) fuma, já fumou ou nunca fumou?

Fuma actualmente ->

14.1. Fuma em média quantos cigarros por dia?

--	--

14.2. Há quantos anos fuma?

--	--

Já fumou ->

14.3. Fumava em média quantos cigarros por dia?

--	--

14.4. Há quantos anos deixou de fumar (se menos de um ano, indicar 0)

--	--

Nunca fumou

NS/NR

15. O(a) Sr(a) diria que o seu estado de saúde (o estado de saúde do(a) seu filho/sua filha), de um modo geral, é?

*(Ler Opções)*

- Excelente
- Muito Bom
- Razoável
- Mau
- Muito mau
- NS/NR



## Questionário sobre Asma

De seguida vou colocar-lhe algumas questões sobre como foi feito o diagnóstico e sobre os sintomas actuais da asma no seu caso em particular (no caso do(a) seu filho/ sua filha).

1. Há quantos anos (lhe) foi diagnosticada (ao seu filho/sua filha) asma pela primeira vez? (SE FOR HÁ MENOS DE UM ANO, COLOCAR 00)

Anos (Se não souber responder, perguntar) -> Com que idade?

Anos de idade

(FAZER CÁLCULOS E ANOTAR TAMBÉM HÁ QUANTOS ANOS)

2. Nesse local, o diagnóstico de asma foi efectuado em que local?

Centro de Saúde

Hospital Público- Consulta de especialidade

Hospital Público-Serviço de urgência

Hospital Privado - Consulta de especialidade

Hospital Privado-Serviço de urgência

Clínica ou consultório privado

Outro - Qual?

NS/NR

3. O diagnóstico de asma foi efectuado por:

Médico de família do seu Centro de Saúde

Clínico geral

Pediatra

Pneumologista

Alergologista

Internista

Outro - Qual?

NS/NR



4. Quando lhe diagnosticaram asma pela primeira vez (Quando diagnosticaram asma ao seu filho / à sua filha pela primeira vez), lembra-se qual ou quais foram os SINTOMAS que o levaram a procurar um médico?

(NÃO LER AS OPÇÕES, ASSINALAR TODAS AS INDICADAS - EXPLORAR: o(a) Sr(a) poderia descrever esses sintomas?)

- Tosse persistente
- Falta de ar/dispneia
- Pieira/chiadeira no peito
- Tosse episódica recorrente
- Tosse com expectoração
- Pressão no peito
- Dificuldade de respirar devido ao frio
- Acordou de noite com dificuldade respiratória
- Congestão nasal/nariz entupido
- Pressão/dor constante na cabeça
- Constipações persistentes
- Pneumonia
- Corrimento nasal/pingo do nariz
- Espirros
- Comichão no nariz
- Bronquite
- Dificuldade em respirar/aperto no peito durante o esforço físico
- Dificuldade em respirar quando exposto a agentes irritantes ou alérgicos
- Outros motivos (quais?)
- Não se lembra / Não sabe
- NR

5. Alguma vez (o(a) Sr(a) seu filho/sua filha) foi internado no hospital por causa da asma?

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 7
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 7

6. Quantas vezes (o seu filho / a sua filha) foi internado(a) por causa da asma?

(SE NENHUMA COLOCAR 00)

**SE O DIAGNÓSTICO DE ASMA FOI EFECTUADO HÁ MENOS DE 10 ANOS, SALTAR PARA QUESTÃO 9**

7. O (a) Sr(a) acha a (sua asma/ a asma de seu filho/sua filha) está melhor, pior ou na mesma, do que há 10 anos atrás?

- Melhor
- Pior -> SALTAR PARA QUESTÃO 7.2
- Na mesma -> SALTAR PARA QUESTÃO 8
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 8

7.1. Porque é que está melhor?

(NÃO LER AS OPÇÕES, VÁRIAS OPÇÕES DE RESPOSTA)

- Tem mais conhecimentos sobre a doença
- Está mais informado acerca do controlo da doença
- Está a fazer um tratamento mais eficaz (não medicamentoso)
- Está a fazer/Fez um medicamento mais eficaz
- Passou a seguir melhor as instruções do tratamento
- Passou a fazer o tratamento com mais regularidade
- Deixou de fumar ou passou a fumar menos
- A poluição na área onde vive diminuiu
- Está mais exposto às alergias ou factores ambientais que desencadeiam a doença
- Aparelhos como inaladores e outros tornaram-se mais fáceis de utilizar
- Tem melhor acompanhamento médico
- A doença acalmou ou ficou mais ligeira
- NS/NR
- Outros motivos (quais?)



**7.2 Porque é que está pior?** (NÃO LER AS OPÇÕES, VÁRIAS OPÇÕES DE RESPOSTA)

- Tem mais conhecimentos sobre a doença
- Não sabe como controlar a doença
- Está a fazer um tratamento menos eficaz (não medicamentoso)
- Está a fazer um medicamento menos eficaz
- Deixou de seguir tão correctamente as instruções do tratamento
- Passou a fazer o tratamento com menos regularidade
- Aumentou o consumo de tabaco
- A poluição na área onde reside aumentou
- Está mais exposto às alergias ou factores ambientais que desencadeiam a doença
- Tem pior acompanhamento médico
- Não se preocupa com os sintomas da asma
- A doença está mais intensa
- Outros motivos (quais?)
- NS/NR

**8. Os seus (do seu filho/da sua filha) sintomas de asma ocorrem apenas em determinadas épocas ou estação do ano ou ao longo de todo o ano?**

- Apenas em determinadas épocas -> QUAIS? (Várias opções de resposta)  Primavera  Verão  Outono  Inverno
- Ao longo do ano
- NS/NR

**9. De entre os factores que vou enunciar de seguida, identifique aqueles que no (seu) caso (do seu filho / da sua filha) podem desencadear crise de asma**

(APENAS LER AS OPÇÕES INDICADAS, VÁRIAS OPÇÕES DE RESPOSTA)

- (LER ESTA OPÇÃO) Constipações ou outras infecções respiratórias
- (LER ESTA OPÇÃO) Ácaros domésticos/pó da casa
- (LER ESTA OPÇÃO) Pólenes de plantas
- (LER ESTA OPÇÃO) Fumo de tabaco
- (LER ESTA OPÇÃO) Exercício físico
- (LER ESTA OPÇÃO) Frio
- Outra -> (IDENTIFICAR QUAL NA LISTA ADIANTE SEM PERGUNTAR)
- NS/NR

**Outros desencadeadores:**

- Pêlos de animais
- Emoções
- Baratas
- Químicos, incluindo no local de trabalho
- Fungos/bolores
- Medicamentos
- Alimentos e/ou aditivos
- Aspirina
- Poluição atmosférica



10. De um modo geral, o(a) Sr(a) sente que (a sua asma/ a asma de seu filho/sua filha) limita ou não as seguintes actividades...

	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NS/NR
A. Desporto e actividades recreativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Actividades do dia-a-dia (andar em terreno inclinado ou plano, subir escadas, carregar pesos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Actividades sociais (jantar fora, sair com amigos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. O sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. A qualidade de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tarefas domésticas (SALTAR PARA QUESTÃO 11 SE CRIANÇA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Escolha de empregos e carreiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. As suas expectativas relativamente ao que (ele/ ela) é capaz de fazer foram alteradas devido à existência da asma?

- Sim
- Não
- NS/NR

Em seguida vou questioná-lo(a) especificamente sobre os sintomas de asma nos últimos 12 meses.  
(SE NUNCA ESTEVE INTERNADO (cf. p6), SALTAR PARA A QUESTÃO 13)

12. Teve algum internamento no hospital por causa da asma nos últimos 12 meses?

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 13
- NS/NR

12.1 Quantas vezes o(a) Sr(a)(o seu filho/ a sua filha) foi internado(a) por causa da asma nos últimos 12 meses?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**Vezes**

12.2 Quantas noites no total (o(a) Sr(a)/seu filho/sua filha) ficou internado(a) por causa da asma nos últimos 12 meses?

--	--

Noites por causa da asma

13. Nos últimos 12 meses (o(a) Sr(a)/ seu filho/sua filha) recorreu à urgência por causa dos sintomas da asma?

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 14
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 14

13.1 Quantas vezes?

--	--

idas às urgências por causa da asma

14. A sua asma (A asma de seu filho/sua filha) foi motivo de alguma consulta urgente (não programada) num consultório médico, clínica ou outro local nos últimos 12 meses?

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 15
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 15

14.1 Quantas vezes?

--	--

Consultas Não Programadas

15. O(A) Sr(a)/ seu filho/sua filha) teve alguma crise de asma, ou seja, algum ataque de tosse, pieira, pressão no peito ou falta de ar de início repentino nos últimos 12 meses?

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 16
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 16

15.1 Com que frequência ocorreram estas crises?

- Várias vezes por dia
  - Todos os dias (ou noites)
  - Mais de 2 vezes por semana
  - 1-2 vezes por semana
  - Pelo menos duas vezes por mês
  - Uma vez por mês
  - Pelo menos duas vezes no ano
  - Apenas uma vez no ano
  - NS/NR
- Mais de 2x/semana
- Pelo menos 1x/mês
- Menos de 1x/mês

16. Nos últimos 12 meses, para tratar as crises de asma, quantas vezes teve de tomar corticóides orais em comprimidos ? Por exemplo, Meticorten (prednisolona), Lepicortinol (prednisolona), Medrol (metilprednisolona)...

- Nunca
- Apenas 1 vez
- 2-3 vezes
- Mais de 3 vezes
- NS/NR

17. O(a) Sr(a) / seu filho/sua filha) teve sintomas de asma causados por exercício/esforço físico nos últimos 12 meses?

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 18
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 18

17.1 Com que frequência os sintomas da asma foram causados por exercício/esforço físico?

- Todos os dias
  - Mais de uma vez por semana
  - Uma vez por semana
  - Pelo menos duas vezes por mês
  - Uma vez por mês
  - Pelo menos duas vezes no ano
  - Apenas uma vez no ano
  - NS/NR
- Pelo menos 1x/semana
- Pelo menos 1x/mês
- Menos de 1x/mês

17.2 De que forma estes sintomas da asma ocasionados por exercício/esforço físico limitaram a sua participação (a participação do seu filho/sua filha) em práticas desportivas ou outras actividades que necessitem de muita energia?

- Muito
- Moderadamente
- Pouco
- Nada
- NS/NR

18. Durante os últimos 12 meses, com que frequência (o(a) Sr(a) /seu filho/sua filha) fez actividade física vigorosa (actividade que aumenta o ritmo respiratório ou a pulsação, por exemplo, correr, nadar, jogar à bola), durante um período mínimo de pelo menos 20 minutos?

- Todos os dias
  - Mais de uma vez por semana
  - Uma vez por semana
  - Pelo menos duas vezes por mês
  - Uma vez por mês
  - Menos de uma vez por mês
  - Nunca
  - NS/NR
- Pelo menos 1x/semana
- Pelo menos 1x/mês
- Menos de 1x/mês

52382



19. Durante os últimos 12 meses (o(a) Sr(a) /seu filho/sua filha) faltou algum dia ao trabalho/escola por causa da asma?

- Sim  
 Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 20  
 NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 20

19.1 Quantos dias?

--	--

 Dias

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a sua asma nas últimas 4 semanas.

20. Como avaliaria o controlo da (sua) asma (do/a seu/sua filho/a) nas últimas 4 semanas?

- Não controlada                       Bem controlada  
 Mal controlada                       Completamente controlada  
 Mais ou menos controlada            NS/NR

21. Como descreveria a (sua) asma (a asma de seu filho/sua filha) quanto aos sintomas, nas últimas 4 semanas? (LER OPÇÕES)

- Não teve sintomas     Teve sintomas ligeiros     Teve sintomas moderados     Teve sintomas graves     NS/NR

22. Vou agora ler uma lista de sintomas. Peça-lhe que me indique se teve e com que frequência os seguintes sintomas durante as últimas 4 semanas: (LER AS OPÇÕES, VÁRIAS OPÇÕES DE RESPOSTA - se a pessoa disser que não tem sintoma anotar Nunca e não precisa de averiguar a frequência )

	Nunca	1 ou 2 dias por semana	Mais de 2 dias por semana	Quase todos ou todos os dias	NS/NR
1. Falta de ar/dispneia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pieira/chiadeira no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Congestão nasal/nariz entupido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Corrimento nasal/pingo no nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Comichão no nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Espirros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tosse persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pressão no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.1. (SÓ PARA QUEM RESPONDEU QUE TINHA **FALTA DE AR** NA QUESTÃO 22, SE NÃO SALTAR PARA A 24) Com que frequência (o seu filho/a) teve sintomas de falta de ar nas últimas 4 semanas?

- Mais de uma vez por dia  
 Uma vez por dia  
 3 a 6 vezes por semana  
 1 a 2 vezes por semana
- } Pelo menos 1x/semana
- Pelo menos duas vezes nas 4 semanas  
 1 vez nas 4 semanas
- } Menos de 1x/semana
- NS/NR





23. Quantas vezes numa semana normal (o(a) Sr(a)/ seu filho/sua filha) apresenta sintomas de asma?

--	--

Vezes por Semana

24. Nas últimas 4 semanas, o(a) Sr(a) (o/a seu/sua filho/a) acordou durante a noite (ou acordou mais cedo do que é costume de manhã) por causa da tosse, pieira, falta de ar, pressão/dor no peito?

- Sim  
 Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 25  
 NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 25

24.1 Com que frequência teve estes sintomas à noite?

- 4 ou mais noites por semana  
 2 a 3 noites por semana  
 1 noite por semana  
 1 ou 2 noites nas 4 semanas  
 NS/NR

25. Nas últimas 4 semanas, o(a) Sr(a) (o seu filho/a sua filha) teve tosse, pieira, falta de ar ou pressão no peito enquanto fazia exercício/esforço físico (ou brincava)?

- Sim  
 Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 26  
 NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 26

25.1 Com que frequência tem estes sintomas?

- Todas as vezes  
 A maioria das vezes  
 Às vezes  
 Raramente  
 NS/NR

25.2 (CRIANÇA) Durante as últimas 4 semanas, quantas aulas de educação física ele/ela perdeu por causa da asma?

--	--

Aulas de Educação Física

26. Nas últimas 4 semanas, quantos dias a asma o impediu de realizar as suas tarefas normais no trabalho (ou escola) ou em casa?

--	--

Dias

(se nunca, indicar 0 e se quase todos os dias/todos os dias indicar 30)

Falámos até agora sobre os (seus) sintomas da asma (da asma do seu filho / da sua filha).

De seguida, vou fazer-lhe algumas perguntas sobre o acompanhamento médico da sua asma (da asma do seu filho / da sua filha).

27. Actualmente, o(a) Sr(a) (seu filho/sua filha) tem um médico de família atribuído no seu Centro de Saúde?

- Sim  Não  NS/NR

28. Para receber cuidados gerais de saúde, qual é o local a que recorre (onde leva o seu filho / a sua filha) com maior frequência?

- Centro de Saúde  
 Hospital Público  
 Hospital Privado  
 Clínica ou consultório privado  
 Outro (Qual?)

--	--

28.1 Neste local, quem é a pessoa que geralmente consulta para serviços gerais de saúde?

- Médico de família /Clínico geral  
 Pediatra  
 Internista  
 Médico em Serviço de Urgência  
 Outro profissional de saúde (qual?)

--	--

29. Quando as questões de saúde são relacionadas com a asma, procura a mesma pessoa que indicou na questão anterior?

- Sim, a mesma fonte de atendimento -> SALTAR PARA QUESTÃO 31  
 Não, uma fonte de atendimento diferente  
 NS/NR

30. Quem geralmente procura para o problema da asma?

- Médico de família /Clínico geral  
 Pediatra  
 Pneumologista  
 Alergologista / Imunoalergologista  
 Internista  
 Médico em serviço de urgência  
 Outro profissional de saúde (qual?)

--	--

52382



**31. Com que frequência procura (leva o seu filho / a sua filha a) uma consulta médica por causa da asma?**

- Mensalmente ou com maior frequência
- Várias vezes por ano
- Uma vez por ano
- Somente se surgirem problemas
- Nunca
- NS/NR

**32. Costuma marcar consultas de seguimento ou apenas quando está problemas com a sua asma (quando o seu filho / a sua filha está com problemas com a asma)?**

- Marca consultas de seguimento
- Apenas quando está com problemas
- NS/NR

**33. Quantos dias tem de esperar quando tem de marcar uma consulta não programada por causa da asma?**

--	--

 DIAS

**34. Quando foi a última consulta de asma? ->**

- Na última semana (1-7 dias atrás)
- No último mês (8-30 dias atrás)
- Um mês atrás
- Dois meses atrás
- Três meses atrás
- De quatro a menos de seis meses atrás
- De seis a menos de nove meses atrás
- De nove a menos de doze meses atrás
- Há um ano ou mais
- NS/NR

**34.1 Qual o motivo dessa última consulta?**

(NÃO LER AS OPÇÕES, UMA OPÇÃO DE RESPOSTA)

- Consulta de acompanhamento marcada
- Os sintomas pioraram
- Os sintomas melhoraram
- Sintomas novos, diferentes
- Queria discutir a medicação
- Renovação da receita
- Outro (qual?)
- NS/NR

--	--

**34.1.1. E podia dizer-me com quem foi a última consulta?**

- Médico de família /Clínico geral
- Pediatra
- Pneumologista
- Alergologista / Imunoalergologista
- Internista
- Médico em serviço de urgência
- Outro profissional de saúde (qual?)
- NS/NR

--	--



34.2 Das seguintes questões relacionadas com a asma, quais foram discutidas na sua última consulta (responda por favor sim ou não)? Falaram sobre...

	SIM	NÃO	NS/NR
A. Intensidade de sintomas nocturnos desde a última consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Exposição e evicção dos agentes desencadeantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Prevenção ou tratamento do tabagismo activo/passivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Realização do tratamento diário previsto sem esquecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Grau de satisfação com o tratamento actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Preocupação sobre eventuais efeitos secundários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Dificuldades no uso dos inaladores e revisão da técnica com demonstração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Revisão do plano escrito para vigilância e tratamento da asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Como classifica, em termos de importância, estas consultas de acompanhamento? Elas são...

- Muito importantes  
 Importantes  
 Pouco importantes  
 Nada importantes  
 NS/NR

36. Qual é o seu grau de satisfação relativamente à capacidade do (seu médico/ médico de seu filho/sua filha)...

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Não Sabe	Não responde
A. Transmitir a forma como deverá ser feito o tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Ouvir o doente e tomar as decisões relativas ao tratamento em conjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Demonstrar disponibilidade para o doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Considera que os conselhos do (seu médico/ médico de seu filho/sua filha) ajudaram a melhorar a (sua capacidade/ capacidade de seu filho/sua filha) de reconhecer e tratar os sintomas da asma?

- Muito       Em parte       Um pouco       Nada       NS/NR

Vamos falar sobre alguns aspectos mais específicos do correcto seguimento das pessoas com asma.

38. O(a) Sr(a) já ouviu falar do **debitómetro** ou **Peak Flow Meter**, um aparelho usado por pessoas com asma para avaliar a função respiratória? (DESCREVER SE NECESSÁRIO: aparelho portátil em forma de tubo com uma escala de números e de cores no exterior, para dentro do qual o asmático sopra com força)

- Sim  
 Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 39  
 NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 39



**38.1 Alguém já o ensinou a usar o debitômetro?**

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 38.3
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 38.3

**38.2. Quem? (NÃO LER AS OPÇÕES)**

- Médico
- Enfermeiro(a)
- Parente
- Amigo(a)
- Outro profissional de saúde - Qual?
- Outro não profissional de saúde - Qual?
- NS/NR

**38.3 Costuma utilizar o debitômetro? Com que frequência?**

- Todos os dias
- Várias vezes por semana
- Uma vez por semana
- Várias vezes por mês
- Uma vez por mês
- Apenas quando tem sintomas
- Apenas quando vai ao médico
- Nunca utilizou -> SALTAR PARA QUESTÃO 38.6
- NS/NR ->SALTAR PARA QUESTÃO 38.6

**38.4 Lembra-se qual foi a porcentagem do melhor valor pessoal (ou cor) obtida na última vez em que utilizou o debitômetro?**

- 80% ou melhor (zona verde)
- 50% a menos de 80% (zona amarela)
- Menos de 50% (zona vermelha)
- Não tem a certeza
- Não entende o significado de % de melhor valor pessoal ou cor
- NR

**38.5 O debitômetro ajudou na tomada de decisões relativamente ao uso de medicamentos para a asma?**

- Ajudou muito
- Ajudou em parte
- Ajudou pouco
- Não ajudou nada
- NS/NR

**38.6 O(a) Sr(a) (o seu filho / a sua filha) tem um debitômetro?**

- Sim
- Não
- NS/NR

**39. Alguma vez usou um diário para a sua asma, onde por exemplo registasse o uso de medicamentos, os resultados do debitômetro ou sintomas da asma?**

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 40
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 40

**39.1 Usou esse diário alguma vez nos últimos 12 meses?**

- Sim
- Não
- NS/NR

**40. Alguma vez (o seu filho / a sua filha) realizou um teste da função respiratória?**

*(DESCREVER SE NECESSÁRIO: um teste em que se respirou por um tubo, algumas vezes dentro de uma cabine, conforme as indicações de um técnico)*

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 41
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 41

**40.1 Com que frequência fez esse teste no último ano?**

- Todas as visitas/consultas
- Uma vez por mês
- A cada três meses
- A cada seis meses
- Somente uma vez
- NS/NR



41. O médico, enfermeiro(a) ou farmacêutico(a) já mostrou ao o(a) Sr(a) (ou seu filho/sua filha) como usar correctamente o inalador para a asma?

- Sim  
 Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 42  
 NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 42

41.1 Quando foi a última vez que o fez?

- Em todas as consultas  Em algumas consultas  Raramente  Nunca  NS/NR

42. O seu médico (O médico do seu filho / da sua filha) escreveu ou entregou-lhe um plano escrito para o tratamento da asma?

- Sim  
 Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 43  
 NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 43

42.1 Com que frequência esse plano terapêutico é revisto pelo médico nas consultas?

- Em todas as consultas  Em algumas consultas  Raramente  Nunca  NS/NR

42.2 Esse plano prático inclui - responda sim ou não a cada item:  
(LER AS OPÇÕES, VÁRIAS OPÇÕES DE RESPOSTA)

	SIM	NÃO	NS/NR
A. Registo dos sintomas e, se disponíveis, dos resultados do debitómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Lista de medidas preventivas, p.e. para evitar pó da casa ou pólenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Regime actualizado da medicação diária para a asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Lista de sintomas graves que justificam observação médica imediata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Recomendações para iniciar medicação de alívio de acordo com os sintomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Outras informações (quais?)	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>

43. Diga-me, por favor, se concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	CONCORDO	NÃO CONCORDO	NS/NR
A. A inflamação das vias respiratórias é o problema de base da asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. A inflamação das vias respiratórias é um problema que pode ser tratado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Os corticosteróides são medicamentos eficazes para reduzir a inflamação das vias respiratórias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Mesmo com tratamento apropriado, a asma geralmente causa algumas limitações na qualidade de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Existem dois grupos de medicamentos, os medicamentos de controlo e de alívio*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*NOTA: SE NECESSÁRIO EXPLICAR:

- 1- Controlo (ou expressão equivalente a "tratar a doença de base e prevenir o aparecimento de sintomas de asma")  
2 - Alívio (ou expressão equivalente a "aliviar rapidamente os sintomas de asma quando eles estão presentes")



Obrigado pela sua colaboração até ao momento, estamos a chegar à última secção do questionário.  
Gostaria agora de lhe colocar algumas questões sobre os medicamentos utilizados no seu tratamento.

44. Actualmente, quais os medicamentos que (o seu filho/a) toma para a asma?

Nome do Medicamento	Forma do Medicamento	Pode dizer-me qual a função desse medicamento?	Quem prescreveu?	Tomou nas últimas 4 semanas?
1. <input type="text"/> <input type="text"/>	Comprimidos/cápsulas <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Inalador <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Controlo <input type="checkbox"/> Alívio <input type="checkbox"/> Outra? <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/> <input type="text"/>	Comprimidos/cápsulas <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Inalador <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Controlo <input type="checkbox"/> Alívio <input type="checkbox"/> Outra? <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/> <input type="text"/>	Comprimidos/cápsulas <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Inalador <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Controlo <input type="checkbox"/> Alívio <input type="checkbox"/> Outra? <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>
4. <input type="text"/> <input type="text"/>	Comprimidos/cápsulas <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Inalador <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Controlo <input type="checkbox"/> Alívio <input type="checkbox"/> Outra? <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>
5. <input type="text"/> <input type="text"/>	Comprimidos/cápsulas <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Inalador <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Controlo <input type="checkbox"/> Alívio <input type="checkbox"/> Outra? <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>
6. <input type="text"/> <input type="text"/>	Comprimidos/cápsulas <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Inalador <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Controlo <input type="checkbox"/> Alívio <input type="checkbox"/> Outra? <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>
7. <input type="text"/> <input type="text"/>	Comprimidos/cápsulas <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Inalador <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Controlo <input type="checkbox"/> Alívio <input type="checkbox"/> Outra? <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>
8. <input type="text"/> <input type="text"/>	Comprimidos/cápsulas <input type="checkbox"/> Xarope <input type="checkbox"/> Inalador <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	Controlo <input type="checkbox"/> Alívio <input type="checkbox"/> Outra? <input type="checkbox"/> <input type="text"/> NS/NR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>



(SE A PESSOA INDICOU USAR INALADOR NA PERGUNTA ANTERIOR, COLOCAR A PERGUNTA SEGUINTE, CASO CONTRÁRIO SALTAR PARA A 48)

45. Com que frequência utilizou o inalador / nebulizador (por exemplo Ventilan, Atrovent) para alívio rápido dos sintomas da asma, nas últimas 4 semanas?

- 3 ou mais vezes por dia
- 1 ou 2 vezes por dia
- 2 ou 3 vezes por semana
- 2 vezes por semana
- 1 vez por semana ou menos
- Nunca
- NS/NR

46. E alguma vez utilizou corticosteróides inalados para o tratamento da sua asma (da asma do seu filho/ da sua filha)?

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 47
- Não, mas foram receitados -> SALTAR PARA QUESTÃO 47
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 47

46.1. Quando terminou a utilização destes medicamentos?

- Nas últimas 4 semanas
- Nos últimos 6 meses
- Nos últimos 12 meses
- Há mais de 1 ano
- Continuo a usar esses medicamentos
- NS/NR

46.2. Parou a utilização destes medicamentos por indicação do médico ou por iniciativa própria?

- Indicação do Médico
- Iniciativa Própria
- NS/NR

46.3. Toma / Tomou esses medicamentos regularmente conforme as orientações médicas?

- Sempre
- Raramente
- Quase sempre
- Nunca
- Às vezes
- NS/NR

47. O(a) Sr(a) (o seu filho/a) toma medicação diária para a asma receitada pelo médico?

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 56
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 56

Para muitas pessoas, não é fácil tomar os medicamentos sempre de acordo com as indicações do médico. Isto pode acontecer por vários motivos. No seu caso (No caso do seu filho / da sua filha):

48. Costuma esquecer-se de fazer a sua medicação diária para a asma?

- Sim
- Não
- NS/NR

49. Às vezes toma a sua medicação diária fora da hora prevista?

- Sim
- Não
- NS/NR

50. Quando se sente melhor, deixa de tomar a medicação diária para a asma?

- Sim
- Não
- NS/NR

51. E quando se sente pior, deixa de tomar a sua medicação diária para a asma?

- Sim
- Não
- NS/NR

52. Nas últimas 4 semanas, alguma vez deixou de tomar a medicação por um período de tempo?

- Sim
- Não -> SALTAR PARA QUESTÃO 53
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 53

52.1. Quantos dias, nas últimas quatro semanas, ficou sem fazer medicação?

--	--

53. Acontece-lhe deixar acabar a medicação diária que tem em casa, ficando algum tempo sem fazer a medicação?

- Sim
- Não
- NS/NR

54. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes teve de aumentar a utilização dos seus medicamentos para asma?

- Nunca
- Menos de 7 dias
- 7 ou mais dias

SALTAR PARA QUESTÃO 56 SE AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES 48 A 52 FORAM NÃO (=2)

52382



55. As pessoas que têm asma às vezes não seguem as orientações médicas sobre os medicamentos. No seu caso, qual foi a influência que cada um dos seguintes factores teve sobre o facto de não tomar os medicamentos segundo as orientações médicas?

	Muita influência	Pouca influência	Nenhuma influência	Não tem a certeza	NS/NR
A. Não achou que o tratamento fosse importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. O preço dos medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Falta de sintomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Preocupação com os efeitos secundários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Perda da eficácia dos medicamentos ao longo do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Não sentir os efeitos imediatos da medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Habitou-se a conviver com os sintomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Não achou que os medicamentos fossem eficazes para controlar os sintomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Apenas fazia a medicação de alívio durante as crises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dificuldade na instituição de uma rotina para tomar os medicamentos regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Dificuldades na utilização dos inaladores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Regimes terapêuticos complexos e difíceis de cumprir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Pouca confiança nos profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Vergonha e receio de discriminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Receio de ficar dependente da medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P. Outros motivos. (Quais)? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obrigado pela sua colaboração.**

(Se identificarmos que o respondente revela sinais e cansaço ou impaciência, SALTAR PARA A QUESTÃO 60. SENÃO CONTINUAR)

**Vou terminar por lhe pedir a opinião sobre a situação dos doentes com asma no nosso país.**

56. Acha que a asma é um problema de saúde importante em Portugal?

- Sim
- Não
- NS/NR

57. Na sua opinião, diria que o estado de saúde das pessoas com asma em Portugal é melhor, pior ou mais ou menos o mesmo que há 10 anos atrás?

- Melhor
- Pior -> SALTAR PARA QUESTÃO 57.2
- Mais ou menos semelhante -> SALTAR PARA QUESTÃO 58
- NS/NR -> SALTAR PARA QUESTÃO 58





**57.1. Qual o principal motivo para o estado de saúde actual das pessoas com asma ser melhor que há 10 anos atrás?**  
(NÃO LER AS OPÇÕES, VÁRIAS OPÇÕES DE RESPOSTA)

- Há um maior conhecimento da doença
- Há mais informações sobre como controlar a doença
- O diagnóstico é feito mais cedo
- Existem melhores tratamentos/ medicamentos
- As pessoas com asma tomam os medicamentos com mais regularidade
- Diminuiu o hábito de fumar
- Diminuiu a poluição
- Existe um maior ou melhor controle de alergias ou factores ambientais que desencadeiam a doença
- Aparelhos como inaladores e outros tornaram-se mais fáceis de utilizar
- Melhor acompanhamento médico
- Outros motivos (quais?)
- NS/NR

**57.2 Qual o principal motivo para o estado de saúde actual das pessoas com asma ser pior que há 10 anos atrás?**  
(NÃO LER AS OPÇÕES, VÁRIAS OPÇÕES DE RESPOSTA)

- Há um menor conhecimento da doença
- Há menos informações sobre como controlar a doença
- O diagnóstico é feito mais tarde
- Existem piores tratamentos/ medicamentos
- As pessoas com asma tomam os medicamentos com menos regularidade
- Aumentou o hábito de fumar
- Aumentou a poluição
- Existe um menor ou pior controle de alergias ou factores ambientais que desencadeiam a doença
- Pior acompanhamento médico
- Outros motivos (quais?)
- NS/NR



58. Onde é que o(a) Sr(a) costuma obter a maioria das informações sobre asma?

(NÃO LER AS OPÇÕES, VÁRIAS OPÇÕES DE RESPOSTA)

- Médicos
- Enfermeiros
- Outros profissionais de saúde
- Outros asmáticos
- Associações
- Livros
- Internet
- Televisão/Rádio
- Imprensa escrita
- Outros (quais?)
- NS/NR

--	--

58.1 Sente falta de mais informações sobre asma?

- Sim
- Não
- NS/NR

59. Faz ou alguma vez fez parte de uma associação ou grupo dedicado a doentes asmáticos?

- Sim, faço
- Não, mas já fiz
- Nunca fiz
- NS/NR

60. Do ponto de vista financeiro, até que ponto é difícil para si comprar a medicação para a asma?

- Nada difícil
- Um pouco difícil
- Muito difícil
- NS/NR

61. Para concluir, podia dizer-me, de entre os valores que lhe vou indicar, qual se aproxima do rendimento (ganho) total da família que vive consigo nesta casa no mês passado?

Inclua nesse rendimento os ordenados, salários, rendas e pensões, abonos, subsídios, etc. de todas a pessoas que vivem consigo e considere o rendimento líquido total, ou seja, o que recebe.

- 1. Até 340 Euros
- 2. De 340 a 618 Euros
- 3. De 619 a 1531 Euros
- 4. De 1532 a 3522 Euros
- 5. De 3523 a 5503 Euros
- 6. Mais de 5504 Euros
- NS/NR

**A nossa entrevista está completa. Tudo o que o(a) Sr(a) nos disse é muito importante. Muito obrigado novamente pela sua colaboração.**

