

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE (QVS-80)

Este é um questionário sobre sua QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE. **ATENÇÃO:** você não precisa escrever o seu nome neste questionário. As suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo. Por favor, responda todas as questões. Em caso de dúvida, pergunte ao instrutor.

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

• Idade (anos): \_\_\_\_\_

• Peso (kg): \_\_\_\_\_

• Altura (cm): \_\_\_\_\_

• Renda familiar mensal:

- ① Até R\$ 207,00
- ② de R\$ 207,00 a 424,00
- ③ de R\$ 424,00 a 927,00
- ④ de R\$ 927,00 a 1.669,00
- ⑤ de R\$ 1.669,00 a 2.804,00
- ⑥ de R\$ 2.804,00 a 4.648,00
- ⑦ Acima de R\$ 4.648,00

1. Sexo:                      ① Masculino      ② Feminino

2. Qual o seu Estado civil: ① Solteiro(a)    ② Casado(a)/Vivendo com parceiro    ③ Divorciado(a) / Separado(a)    ④ Viúvo

3. Qual o seu grau de instrução?

① Primeiro grau      ② Segundo grau incompleto      ③ Segundo grau      ④ Superior      ⑤ Pós-graduação

4. Há quanto tempo você trabalha na empresa?      ① 0 a 5 anos      ② 6 a 20 anos      ③ Mais de 20 anos

5. Qual a sua função na empresa?                      ① Diretoria                      ② Administrativo                      ③ Produção

6. Como é o seu turno de trabalho?                      ① Fixo                      ② Rodízio/Alternado

7. Há quanto tempo você trabalha neste turno?

① até 6 meses      ② 6 a 11 meses      ③ 1 ano a 1ano e 11 meses      ④ 2 a 2 anos e 11 meses      ⑤ 3 anos ou mais

8. Qual(is) o(s) período(s) que você trabalha?      ① Manhã      ② Tarde      ③ Manhã/ Tarde      ④ Noite

9. Marque abaixo qual(is) doença(s) você apresenta atualmente:

① Nenhuma doença      ② Diabetes                      ③ Colesterol alto                      ④ Asma / Bronquite/ Rinite      ⑤ Pressão alta

10. Além das doenças citadas acima você apresenta alguma dessas outras doenças:

① Nenhuma doença      ② Triglicerídios altos      ③ Doenças da tireóide      ④ Câncer      ⑤ Doenças cardíacas e circulatórias

11. Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma das doenças abaixo:

① Nenhuma doença      ② Diabetes                      ③ Colesterol alto                      ④ Asma / Bronquite/ Rinite      ⑤ Pressão alta

12. Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma dessas outras doenças listadas abaixo:

① Nenhuma doença      ② Triglicerídios altos      ③ Doenças da tireóide      ④ Câncer      ⑤ Doenças cardíacas e circulatórias

13. Marque abaixo qual(is) locais você apresenta desconforto/dor:

① Nenhuma dor      ② Cabeça/Olhos      ③ Coluna      ④ Braços/Ombro      ⑤ Punhos/Mãos      ⑥ Pernas/Pés

### ESTILO DE VIDA E SAÚDE

14. Como está sua saúde atualmente?

① Excelente                      ② Boa                      ③ Regular                      ④ Ruim                      ⑤ Muito ruim

15. Como você considera a qualidade de seu sono?

① Excelente                      ② Boa                      ③ Regular                      ④ Ruim                      ⑤ Muito ruim

16. Qual a duração média do seu sono?

① Mais de 8 horas      ② 7 a 8 horas                      ③ 6 a 7 horas                      ④ 5 a 6 horas                      ⑤ Menos de 5 horas

17. Você dorme lendo sentado:

① Nunca                      ② Muito raramente                      ③ Às vezes                      ④ Frequentemente                      ⑤ Muito frequentemente

18. Você dorme assistindo televisão:

① Nunca                      ② Muito raramente                      ③ Às vezes                      ④ Frequentemente                      ⑤ Muito frequentemente

19. Você costuma dormir sentado em um local público, por exemplo, aguardando na sala de espera de um consultório médico:

① Nunca                      ② Muito raramente                      ③ Às vezes                      ④ Frequentemente                      ⑤ Muito frequentemente

20. Você dorme como passageiro de um automóvel, durante uma hora de viagem sem parada do carro: ① Nunca            ② Muito raramente            ③ Às vezes            ④ Frequentemente            ⑤ Muito frequentemente
21. Você dorme quando está deitado descansando durante a tarde: ① Nunca            ② Muito raramente            ③ Às vezes            ④ Frequentemente            ⑤ Muito frequentemente
22. Você dorme quando está sentado conversando com alguém: ① Nunca            ② Muito raramente            ③ Às vezes            ④ Frequentemente            ⑤ Muito frequentemente
23. Você dorme quando está sentado tranquilamente após o almoço (sem ter consumido álcool): ① Nunca            ② Muito raramente            ③ Às vezes            ④ Frequentemente            ⑤ Muito frequentemente
24. Você dorme ao volante se o seu carro ficar parado no trânsito por alguns minutos: ① Nunca            ② Muito raramente            ③ Às vezes            ④ Frequentemente            ⑤ Muito frequentemente
25. Você considera sua vida em família: ① Excelente            ② Boa            ③ Regular            ④ Ruim            ⑤ Muito ruim
26. Como você se sente quando está no trabalho: ① Excelente            ② Bem            ③ Regular            ④ Ruim            ⑤ Muito ruim
27. Como você se sente em seu horário de lazer: ① Excelente            ② Bem            ③ Regular            ④ Ruim            ⑤ Muito ruim
28. Em relação ao cigarro: ① Nunca fumei    ② Parei há mais de 2 anos    ③ Parei de 1 ano a menos de 2 anos    ④ Parei há menos de 1 ano    ⑤ Sou fumante
29. Se você é fumante, quantos cigarros você fuma por dia? ① Não sou fumante    ② menos de 5 cigarros    ③ 5 a 14 cigarros    ④ 15 a 20 cigarros    ⑤ mais de 20 cigarros
30. Em uma semana normal, quantas “doses” de bebidas alcoólicas você bebe? (1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque / conhaque / cachaça): ① Não bebo            ② 1 a 4 doses            ③ 5 a 9 doses            ④ 10 a 13 doses            ⑤ 14 doses ou mais
31. Você pratica exercícios físicos regularmente? ① Muito frequentemente    ② Frequentemente    ③ Às vezes    ④ Muito raramente    ⑤ Nunca
32. Quantas horas por semana você pratica caminhada? ① Mais de 4 h            ② entre 2 e 4 h            ③ entre 1h e 2 h            ④ entre meia hora e 1 hora            ⑤ não pratico
33. Quantas horas por semana você pratica corrida? ① Mais de 4 h            ② entre 2 e 4 h            ③ entre 1h e 2 h            ④ entre meia hora e 1 hora            ⑤ não pratico
34. Quantas horas por semana você pratica musculação ou artes marciais? ① Mais de 4 h            ② entre 2 e 4 h            ③ entre 1h e 2 h            ④ entre meia hora e 1 hora            ⑤ não pratico
35. Quantas horas por semana você pratica atividades aquáticas (natação/hidroginástica)? ① Mais de 4 h            ② entre 2 e 4 h            ③ entre 1h e 2 h            ④ entre meia hora e 1 hora            ⑤ não pratico
36. Quantas horas por semana você pratica atividades esportivas (futebol, vôlei, basquete, futsal)? ① Mais de 4 h            ② entre 2 e 4 h            ③ entre 1h e 2 h            ④ entre meia hora e 1 hora            ⑤ não pratico
37. Quantas horas por semana você pratica dança ou ginástica? ① Mais de 4 h            ② entre 2 e 4 h            ③ entre 1h e 2 h            ④ entre meia hora e 1 hora            ⑤ não pratico
38. Há quanto tempo você pratica atividades físicas regulares? ① Mais de 2 anos    ② de 1 a 2 anos    ③ de 3 a 12 meses    ④ Menos de 3 meses    ⑤ não pratico
39. Quando você faz atividades físicas, em que medida você as realiza pelo prazer da atividade? ① Muito frequentemente    ② Frequentemente    ③ Às vezes    ④ Muito raramente    ⑤ Nunca
40. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares pelas relações sociais que a atividade proporciona? ① Muito frequentemente    ② Frequentemente    ③ Às vezes    ④ Muito raramente    ⑤ Nunca
41. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos médicos? ① Nunca            ② Muito raramente            ③ Às vezes            ④ Frequentemente            ⑤ Muito frequentemente

42. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares para melhorar a condição física?  
① Muito freqüentemente    ② Freqüentemente    ③ Às vezes    ④ Muito raramente    ⑤ Nunca

43. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos estéticos?  
① Nunca    ② Muito raramente    ③ Às vezes    ④ Freqüentemente    ⑤ Muito freqüentemente

44. Quanto tempo você fica sentado durante um dia de seu trabalho:  
① Não fico sentado    ② entre meia hora e 2 horas    ③ entre 2h e 4 h    ④ entre 4 e 7 h    ⑤ mais de 7 h

45. No trabalho você se desloca (caminha, sobe escadas):  
① Muito freqüentemente    ② Freqüentemente    ③ Às vezes    ④ Muito raramente    ⑤ Nunca

### ATIVIDADE FÍSICA NA EMPRESA

46. A empresa em que você trabalha oferece Ginástica Laboral ?  
① SIM, com instrutores próprios    ② SIM, com instrutores de outra empresa    ③ NÃO

47. Você participa da Ginástica Laboral?  
① Muito freqüentemente    ② Freqüentemente    ③ Às vezes    ④ Muito raramente    ⑤ Nunca

48. Em que medida a Ginástica Laboral trouxe benefícios para você ?  
① Muito freqüentemente    ② Freqüentemente    ③ Às vezes    ④ Muito raramente    ⑤ Nunca

49. Em sua opinião a Ginástica Laboral tem influenciado a sua hora de lazer (tempo livre)  
① Muito freqüentemente    ② Freqüentemente    ③ Às vezes    ④ Muito raramente    ⑤ Nunca

### AVALIAÇÃO DO AMBIENTE OCUPACIONAL

50. Como você se sente quanto à satisfação de realizar sua atividade na empresa:  
① Excelente    ② Bom    ③ Regular    ④ Ruim    ⑤ Muito ruim

51. Como você considera o clima de trabalho na sua empresa:  
① Excelente    ② Bom    ③ Regular    ④ Ruim    ⑤ Muito ruim

52. Como você avalia o seu volume de serviço:  
① Excelente    ② Bom    ③ Regular    ④ Ruim    ⑤ Muito ruim

53. Durante sua jornada de trabalho você classifica sua concentração como:  
① Muito boa    ② Boa    ③ Regular    ④ Ruim    ⑤ Muito ruim

54. Como você avalia o seu posto de trabalho:  
① Excelente    ② Bom    ③ Regular    ④ Ruim    ⑤ Muito ruim

55. Como você avalia o seu conhecimento sobre as adaptações necessárias para uma pessoa com deficiência trabalhar na empresa  
① Excelente    ② Bom    ③ Regular    ④ Ruim    ⑤ Muito ruim

56. Como você avalia os acessos e as adaptações no ambiente da empresa para as pessoas com deficiência:  
① Excelente    ② Bom    ③ Regular    ④ Ruim    ⑤ Muito ruim

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

57. Como você avalia a sua qualidade de vida?  
① Muito boa    ② Boa    ③ Regular    ④ Ruim    ⑤ Muito ruim

### As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido alguma coisa nas últimas 2 semanas:

58. Em que medida você acha que uma eventual ou persistente dor física impede você de fazer o que você precisa?  
① Nada    ② Muito pouco    ③ Mais ou menos    ④ Bastante    ⑤ Extremamente

59. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?  
① Nada    ② Muito pouco    ③ Mais ou menos    ④ Bastante    ⑤ Extremamente

60. O quanto você aproveita a vida?  
① Extremamente    ② Bastante    ③ Mais ou menos    ④ Muito pouco    ⑤ Nada

61. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?  
① Extremamente    ② Bastante    ③ Mais ou menos    ④ Muito pouco    ⑤ Nada

62. O quanto você consegue se concentrar?

- ① Extremamente      ② Bastante      ③ Mais ou menos      ④ Muito pouco      ⑤ Nada

63. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

- ① Extremamente      ② Bastante      ③ Mais ou menos      ④ Muito pouco      ⑤ Nada

64. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

- ① Extremamente      ② Bastante      ③ Mais ou menos      ④ Muito pouco      ⑤ Nada

**As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas 2 semanas:**

65. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

- ① Completamente      ② Muito      ③ Médio      ④ Muito pouco      ⑤ Nada

66. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

- ① Completamente      ② Muito      ③ Médio      ④ Muito pouco      ⑤ Nada

67. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

- ① Completamente      ② Muito      ③ Médio      ④ Muito pouco      ⑤ Nada

68. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

- ① Completamente      ② Muito      ③ Médio      ④ Muito pouco      ⑤ Nada

69. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

- ① Completamente      ② Muito      ③ Médio      ④ Muito pouco      ⑤ Nada

**As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas 2 semanas:**

70. Você é capaz de se locomover?

- ① Muito bem      ② Bem      ③ Nem mal/nem bem      ④ Mal      ⑤ Muito mal

71. Você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

- ① Muito satisfeito      ② Satisfeito      ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito      ④ Insatisfeito      ⑤ Muito insatisfeito

72. Você está com sua capacidade para o trabalho?

- ① Muito satisfeito      ② Satisfeito      ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito      ④ Insatisfeito      ⑤ Muito insatisfeito

73. Você está consigo mesmo?

- ① Muito satisfeito      ② Satisfeito      ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito      ④ Insatisfeito      ⑤ Muito insatisfeito

74. Você está em suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

- ① Muito satisfeito      ② Satisfeito      ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito      ④ Insatisfeito      ⑤ Muito insatisfeito

75. Você está com sua vida sexual?

- ① Muito satisfeito      ② Satisfeito      ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito      ④ Insatisfeito      ⑤ Muito insatisfeito

76. Você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

- ① Muito satisfeito      ② Satisfeito      ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito      ④ Insatisfeito      ⑤ Muito insatisfeito

77. Você está com as condições do local onde mora?

- ① Muito satisfeito      ② Satisfeito      ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito      ④ Insatisfeito      ⑤ Muito insatisfeito

78. Você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

- ① Muito satisfeito      ② Satisfeito      ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito      ④ Insatisfeito      ⑤ Muito insatisfeito

79. Você está com o seu meio de transporte?

- ① Muito satisfeito      ② Satisfeito      ③ Nem insatisfeito/nem satisfeito      ④ Insatisfeito      ⑤ Muito insatisfeito

80. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão **nas últimas 2 semanas?**

- ① Nunca      ② Muito raramente      ③ Às vezes      ④ Frequentemente      ⑤ Muito frequentemente

Este instrumento pode ser reproduzido e utilizado para fins educacionais e de pesquisa, desde que citados os seus autores e fonte: LEITE, Neiva; VILELA JÚNIOR, Guanis de Barros; CIESLAK, Fabrício; ALBUQUERQUE, André Martines – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE – QVS-80 In: MENDES, Ricardo Alves e LEITE, Neiva **Ginástica Laboral: Princípios e Aplicações Práticas**. Barueri (SP): Manole, cap 3, 2008.