

## **ANEXOS**

## FIGUEIRÓ DOS VINHOS

Pedro Afonso, filho de D. Afonso Henriques, outorgou foral a Figueiró dos Vinhos, em 1174, foral que veio a ser sucessivamente confirmado por D. Sancho I e Afonso III. Obrigatória é uma visita ao Convento das Carmelitas fundado por D. Pero d'Alcáçova de Vasconcelos em 1601. Mas é a igreja Matriz que deve merecer uma demorada visita: São João Batista, seu orago, está num nicho do frontão do portal renascentista e, no interior, a talha barroca do altar-mor é significativamente valorizada por um retábulo alusivo ao Baptismo de Cristo pintado pelo Mestre José Malhoa em 1904. José Malhoa mandou edificar, nos finais do século XIX, à rua do colégio, o seu atelier e depois, já em 1898, pelo traço do Arquitecto Ernesto Reinaldo e com o contributo de Rafael Bordalo Pinheiro, a casa onde muitos serões de tertúlia, gostosas histórias das Letras, das Artes e da Política terão sido partilhadas com os membros do distinto Club Figueiroense. A ribeira de Alge e os Amieiros e Salgueiros que em galeria acompanham o curso de água, serviam-lhe de inspiração. O mesmo se diga dos rostos francos de muita gente de riso aberto e costumes simples. As Fragas de São Simão que sempre o impressionaram: o mundo silencioso onde o céu azul era rasgado pelo voo de alguma ave de rapina. E são estas paisagens exuberantes que deve procurar em Figueiró dos Vinhos: voltar aos lugares do Mestre Malhoa descobrir em longas caminhadas o recorte do casario das pequenas aldeias, que até à Foz do Alge vão marcando a paisagem. Hoje, nas Fragas de São Simão ou em Alge existem praias fluviais. As barragens de Castelo do Bode e Bouçã têm recantos magníficos que os pescadores bem conhecem. Há trutas, achigãs, carpas, bogas e barbos que compensam a espera. E depois de todas estas descobertas, não se esqueça a boa cozinha: o desfilar dos peixes do rio é copiosamente rico. Nas carnes, o borrego dos casamentos serve-se afinal todos os dias. Quanto a doces, o pão-de-ló, queijinhos do céu, castanhas doces, lampreia de ovos e pingos da tocha fazem as honras da casa.

*Fonte: Câmara Municipal de Figueiró dos Vinhos*

## ANEXO 2

### **Folha de Informação e Consentimento Informado**

#### **“QUAL A PREVALÊNCIA DAS QUEIXAS DE INSÓNIA NOS DOENTES QUE RECORREM ÀS CONSULTAS DE CLÍNICA GERAL DO CENTRO DE SAÚDE DE FIGUEIRÓ DOS VINHOS”**

“Quem muito dorme pouco aprende”... Já diziam os mais antigos. Hoje sabe-se que o sono é fundamental para o bom funcionamento do nosso cérebro e de todo o nosso organismo, a “falta de sono” influencia a tensão arterial, pode conduzir à depressão e provocar obesidade e torna-nos mais vulneráveis a doenças como a Diabetes.

Já todos sentimos dificuldade em adormecer pelo menos uma vez na vida, em se manter a dormir ou sentimos que o nosso sono não era reparador, o termo científico para definir estas situações é “Insónia”. Mas quem de nós se preocupa com sono?

A Insónia é uma das queixas mais comuns a nível Mundial, a panorâmica em Portugal não é muito diferente. A “falta de sono” que resulta de uma insónia não tratada leva frequentemente a sonolência diurna que aumenta o risco de ocorrência de acidentes de viação e de trabalho, diminui o rendimento escolar e laboral.

Este estudo, promovido no âmbito da realização de uma Tese de Mestrado na área da Medicina do Sono por Elisabete Antunes, Enfermeira do Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos, visa recolher dados acerca da forma como dorme, determinar se tem insónia e qual a gravidade da mesma e repercussão sobre a sua qualidade de vida para tentar perceber qual o peso que a insónia tem na população que recorre ao nosso Centro de Saúde.

Caro(a) Senhor(a), solicitamos a sua colaboração através do preenchimento deste questionário.

Os dados colhidos através da aplicação do questionário que se segue serão utilizados nesta investigação, o anonimato dos sujeitos será mantido pela não utilização dos seus nomes.

Não existe qualquer risco para os sujeitos que aceitem participar neste estudo e não haverá lugar a contrapartidas económicas.

Assinatura do Investigador responsável:

---

Declaro que li e entendi o que me foi explicado e como tal aceito participar neste estudo:

Assinatura do Utente:

---

Figueiró dos Vinhos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2006

## QUESTIONÁRIO

### I - Características Demográficas

- 1 - Sexo:  masculino     feminino                      2 - Idade (anos):
- 3 - Estado Civil:     solteiro         casado                      4 - Vive com outras pessoas:     sim  
 viúvo                       separado                       não
- 5 - Emprego/Ocupação:                       tempo inteiro                       não  
 "tempo parcial"                       sim\*  
 estudante                      6 - Trabalha por turnos?                      \*Se sim:  
 desempregado                       regular  
 reformado                       irregular

### II - Medicação

Faz medicação habitualmente para:

- |          |                          |            |                          |              |                          |
|----------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Asma     | <input type="checkbox"/> | Circulação | <input type="checkbox"/> | Acido Úrico  | <input type="checkbox"/> |
| HTA      | <input type="checkbox"/> | Ansiedade  | <input type="checkbox"/> | Dislipidémia | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Depressão  | <input type="checkbox"/> | Reumatismo   | <input type="checkbox"/> |
| Dores    | <input type="checkbox"/> | Dormir     | <input type="checkbox"/> |              |                          |

### III - Questionário de Qualidade do Sono de *Pittsburgh*

As seguintes questões relacionam-se com os seus hábitos de sono apenas no último mês. As suas respostas devem indicar a opção mais correcta

para a maioria dos dias e das noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

Durante o último mês,

1 - A que horas foi normalmente para a cama? \_\_\_\_\_

2 - Quanto tempo, em minutos, demorou a adormecer em cada uma? \_\_\_\_\_

3 - A que horas se levantou de manhã? \_\_\_\_\_

4 - Quantas horas dormiu mesmo? (pode ser diferente do número de horas que passou na cama) \_\_\_\_\_

<b>5 - Durante o último mês quantas vezes teve dificuldade em dormir porque...</b>	<b>Não durante o último mês (0)</b>	<b>Menos de uma vez por semana (1)</b>	<b>Uma a duas vezes por semana (2)</b>	<b>Três ou mais vezes por semana (3)</b>
<b>a.</b> não conseguiu dormir em 30 minutos				
<b>b.</b> acordou a meio da noite ou de manhã muito cedo				
<b>c.</b> teve de se levantar para ir a casa de banho				
<b>d.</b> não conseguiu respirar confortavelmente				
<b>e.</b> tossiu ou ressonou alto				
<b>f.</b> teve muito frio				
<b>g.</b> teve muito calor				
<b>h.</b> teve pesadelos				
<b>i.</b> teve dores				
<b>j.</b> outra/s razão/ões, por favor descreva indicando o nº de vezes que teve dificuldade em dormir por estas razões				

<b>5</b> - Durante o último mês quantas vezes teve dificuldade em dormir porque... (continuação)	Não durante o último mês (0)	Menos de uma vez por semana (1)	Uma a duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana (3)
<b>6</b> - Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos (prescritos ou não por médico) para o ajudar a dormir?				
<b>7</b> - Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter-se acordado enquanto conduzia, durante as refeições ou em actividades sociais?				
<b>8</b> - Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter o entusiasmo na realização das suas tarefas?				
	Muito bom (0)	Razoavelmente bom (1)	Razoavelmente mau (2)	Muito mau (3)
<b>9</b> - Durante o último mês, como avaliaria a qualidade do seu sono no geral?				

#### IV - Escala da Severidade da Insónia

1 – Por favor classifique a severidade da sua insónia (nas últimas 2 semanas).

	Nenhum	Ligeiro	Moderado	Bastante	Muito
a. dificuldade em adormecer	0	1	2	3	4
b. dificuldade em dormir	0	1	2	3	4
c. problemas de acordar cedo demais	0	1	2	3	4

2 – Que tipo de satisfação/insatisfação tem actualmente com o seu sono?

Muito satisfeito	Satisfeito	Neutro	Insatisfeito	Muito insatisfeito
0	1	2	3	4

3 – Até que ponto considera que os seus problemas de sono interferem nas suas actividades diárias (fadiga durante o dia, capacidade de trabalho, concentração, memória, humor, etc.).

Não interfere	Um pouco	Alguma	Bastante	Interfere muito
0	1	2	3	4

4 – Até que ponto os outros se apercebem dos seus problemas de sono e dos reflexos na sua qualidade de vida?

Não se apercebem	Um pouco	Alguma	Bastante	Apercebem-se muito
0	1	2	3	4

5 – Até que ponto os seus problemas de sono o preocupam?

Não me preocupam	Um pouco	Alguma	Bastante	Preocupam-me muito
0	1	2	3	4

## V - Escala de Sonolência de

Qual a sua facilidade de adormecer nas seguintes circunstâncias, em contraste com a sensação de estar cansado? Isto refere-se ao seu dia-a-dia recente. Mesmo que não tenha feito qualquer destas coisas recentemente tente imaginar como reagiria. Use o número mais apropriado em cada situação:

0= Nunca adormeceria

1= Probabilidade baixa de adormecer

2 = Probabilidade média de adormecer

3 = Probabilidade elevada de adormecer

Situação	Probabilidade
1. Sentado a ler	
2. A ver TV	
3. Sentado inactivo num local público	
4. Passageiro num carro durante uma hora consecutiva	
5. Deitado a descansar à tarde	
6. Sentado a falar com alguém	
7. Sentado tranquilamente depois do almoço sem bebidas alcoólicas	
8. Num carro, parado nos sinais de trânsito	

## VI - Questionário

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente, e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pede-se que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

**1 – Em geral,** diria que a sua saúde é:

- (circule uma)
- Ótima-----1
  - Muito boa-----2
  - Boa-----3
  - Razoável-----4
  - Fraca-----5

**2 – Comparando com o que acontecia há um ano,** como descreve o seu estado geral actual:

- (circule uma)
- Muito melhor-----1
  - Com algumas melhoras-----2
  - Aproximadamente igual-----3
  - Um pouco pior-----4
  - Muito pior-----5

**3 – As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim quanto?**

(circule um número em cada linha)

Actividades Diárias	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
<b>a.</b> Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
<b>b.</b> Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
<b>c.</b> Levantar ou carregar as compras de mercearia	1	2	3
<b>d.</b> Subir vários lances de escadas	1	2	3
<b>e.</b> Subir um lance de escadas	1	2	3
<b>f.</b> Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3

Actividades Diárias (continuação)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
<b>g.</b> Andar mais de 1 km	1	2	3
<b>h.</b> Andar vários quarteirões	1	2	3
<b>i.</b> Andar um quarteirão	1	2	3
<b>j.</b> Tomar banho ou vestir-se sozinha	1	2	3

**4** – Durante as últimas 4 semanas, teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sim	Não
<b>a.</b> Diminui o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
<b>b.</b> Fez menos do que queria	1	2
<b>c.</b> Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras actividades	1	2
<b>d.</b> Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades	1	2

**5** – Durante as últimas 4 semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)

	Sim	Não
<b>a.</b> Diminui o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
<b>b.</b> Fez menos do que queria	1	2
<b>c.</b> Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

**6** – Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a sua família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- (circule uma)
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Absolutamente nada----- | 1 |
| Pouco-----              | 2 |
| Moderadamente-----      | 3 |
| Bastante-----           | 4 |
| Imenso-----             | 5 |

**7** – Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- (circule uma)
- |                   |   |
|-------------------|---|
| Nenhumas-----     | 1 |
| Muito fracas----- | 2 |
| Ligeiras-----     | 3 |
| Moderadas-----    | 4 |
| Fortes-----       | 5 |
| Muito Fortes----- | 6 |

**8** – Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- (circule uma)
- |                         |   |
|-------------------------|---|
| Absolutamente nada----- | 1 |
| Um pouco-----           | 2 |
| Moderadamente-----      | 3 |
| Bastante-----           | 4 |
| Imenso-----             | 5 |

**9** – As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, nas últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<b>a.</b> se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
<b>b.</b> se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
<b>c.</b> se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
<b>d.</b> se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
<b>e.</b> se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
<b>f.</b> se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
<b>g.</b> se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
<b>h.</b> se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
<b>i.</b> se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

**10** – Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitam a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- (circule uma)
- Sempre-----1  
 A maior parte do tempo-----2  
 Algum tempo-----3  
 Pouco tempo-----4  
 Nunca-----5

**11** – Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
<b>a.</b> parece que adoeço mais do que os outros	1	2	3	4	5
<b>b.</b> sou tão saudável como qualquer pessoa	1	2	3	4	5
<b>c.</b> estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
<b>d.</b> a minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

Grata pela sua Colaboração,  
 Elisabete Antunes

ANEXO 4

**MATRIZ**