



Quebec Sleep Questionnaire sobre qualidade de vida em pacientes com apneia obstrutiva do sono: tradução e adaptação cultural para uso no Brasil

José Tavares de Melo Júnior¹, Rosemeri Maurici^{1,2},
Michelle Gonçalves de Souza Tavares³, Marcia Margareth Menezes Pizzichini^{1,4},
Emílio Pizzichini^{1,2,5}

Anexo 1. Questionário traduzido para o português e adaptado culturalmente para seu uso no Brasil.

QUESTIONÁRIO DE SONO DE QUEBEC

Este questionário foi elaborado para saber como você está se sentindo e como você tem passado nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS. Será perguntado qual o impacto que a APNEIA DO SONO possa ter nas suas atividades diárias, no seu estado emocional, nas suas relações sociais, e quais os sintomas que a APNEIA possa ter lhe causado:

Durante as últimas 4 semanas:	Sempre	Grande parte do tempo	Moderada a grande parte do tempo	Moderada parte do tempo	Pequena a moderada parte do tempo	Pequena parte do tempo	Nunca
1. Você precisou se esforçar para fazer suas atividades?	1	2	3	4	5	6	7
2. Você acredita que incomodou outras pessoas quando dormiu próximo a elas?	1	2	3	4	5	6	7
3. Faltou vontade de fazer coisas junto com seu (sua) companheiro(a), filhos ou amigos?	1	2	3	4	5	6	7
4. Acordou mais de uma vez à noite para urinar?	1	2	3	4	5	6	7
5. Você tem se sentido deprimido?	1	2	3	4	5	6	7
6. Você tem se sentido ansioso ou com medo de algo dar errado?	1	2	3	4	5	6	7
7. Você precisou tirar um cochilo durante o dia?	1	2	3	4	5	6	7
8. Você tem se sentido impaciente?	1	2	3	4	5	6	7
9. Você tem acordado frequentemente (mais do que duas vezes) durante a noite?	1	2	3	4	5	6	7
Durante as últimas 4 semanas:	Quantidade muito grande	Quantidade grande	Moderada a grande quantidade	Moderada quantidade	Pequena a moderada quantidade	Pequena quantidade	Nada
10. Você sentiu dificuldades ao tentar se lembrar das coisas?	1	2	3	4	5	6	7
11. Teve alguma dificuldade para se concentrar?	1	2	3	4	5	6	7
12. Você ficou chateado por terem dito que o seu ronco estava incomodando ou irritando alguém?	1	2	3	4	5	6	7

13. Você tem se sentido culpado em seu relacionamento com familiares ou amigos íntimos?	1	2	3	4	5	6	7
14. Você notou uma diminuição na capacidade no trabalho?	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupou-se com problemas cardíacos ou morte prematura?	1	2	3	4	5	6	7
Durante as últimas 4 semanas, o quanto de problema você teve:	Enorme problema	Grande problema	Moderado a grande problema	Moderado problema	Pequeno a moderado problema	Pequeno problema	Nenhum problema
16. Lutando para ficar acordado durante o dia?	1	2	3	4	5	6	7
17. Sentindo a sua energia diminuída?	1	2	3	4	5	6	7
18. Sentindo muito cansaço?	1	2	3	4	5	6	7
19. Sentindo que as atividades comuns precisam de mais esforço para serem realizadas ou finalizadas?	1	2	3	4	5	6	7
20. Caindo no sono se não estiver ativo ou realizando algo?	1	2	3	4	5	6	7
21. Problemas de boca/ garganta seca ou dor de garganta ao acordar?	1	2	3	4	5	6	7
22. Dificuldade para voltar a dormir se você acordar no meio da noite?	1	2	3	4	5	6	7
23. Sentindo que você está exausto (acabado)?	1	2	3	4	5	6	7
Durante as últimas 4 semanas, o quanto você tem se incomodado com :	Enorme problema	Grande problema	Moderado a grande problema	Moderado problema	Pequeno a moderado problema	Pequeno problema	Nenhum problema
24. Preocupado com as vezes que você para de respirar à noite (apneias)?	1	2	3	4	5	6	7
25. Roncando alto?	1	2	3	4	5	6	7
26. Dificuldade de atenção?	1	2	3	4	5	6	7
27. Caindo no sono subitamente?	1	2	3	4	5	6	7
28. Acordando no meio da noite se sentindo sufocado?	1	2	3	4	5	6	7
29. Acordando de manhã se sentindo cansado ou não recuperado?	1	2	3	4	5	6	7
30. Uma sensação de que o seu sono é agitado?	1	2	3	4	5	6	7
31. Dificuldade de se manter acordado enquanto lê?	1	2	3	4	5	6	7
32. Lutando contra a vontade de dormir enquanto dirige?	1	2	3	4	5	6	7

©Université Laval 2002 – todos os direitos reservados.