



Patient-ID: PT - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**EORTC QLQ-C30 (version 3)**

Date:

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas as perguntas fazendo uma cruz assilando o número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

---

	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala?	1	2	3	4
2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?	1	2	3	4
4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?	1	2	3	4
<b>Durante a última semana :</b>				
	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?	1	2	3	4
7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer?	1	2	3	4
8. Teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Teve dores?	1	2	3	4
10. Precisou de descansar?	1	2	3	4
11. Teve dificuldade em dormir?	1	2	3	4
12. Sentiu-se fraco/a?	1	2	3	4
13. Teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Teve enjoos?	1	2	3	4
15. Vomitou?	1	2	3	4

Por favor, passe à página seguinte

**Durante a última semana :**

	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
16. Teve prisão de ventre?	1	2	3	4
17. Teve diarreia?	1	2	3	4
18. Sentiu-se cansado/a?	1	2	3	4
19. As dores perturbaram as suas actividades diárias?	1	2	3	4
20. Teve dificuldade em concentrar-se, por exemplo, para ler o jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Sentiu-se tenso/a?	1	2	3	4
22. Teve preocupações?	1	2	3	4
23. Sentiu-se irritável?	1	2	3	4
24. Sentiu-se deprimido/a?	1	2	3	4
25. Teve dificuldade em lembrar-se das coisas?	1	2	3	4
26. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. O seu estado físico ou tratamento médico interferiram na sua actividade <u>social</u> ?	1	2	3	4
28. O seu estado físico ou tratamento médico causaram-lhe problemas de ordem financeira?	1	2	3	4

**Nas perguntas que se seguem faça uma cruz assilando o número, entre 1 e 7, que melhor se aplica ao seu caso**

29. Como classificaria a sua saúde em geral durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Óptima

30. Como classificaria a sua qualidade de vida global durante a última semana?

1            2            3            4            5            6            7

Péssima

Óptima



Patient-ID: PT - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**EORTC QLQ - BR23**

Date:

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

**Durante a semana passada:**

	Não	Um pouco	Bas-tante	Muito
31. Sentiu segura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4

**Durante as últimas quatro semanas:**

	Não	Um pouco	Bas-tante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

**Durante a última semana:**

	<b>Não</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Bas- tante</b>	<b>Muito</b>
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4

## **FUNCIONAMENTO APÓS TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA**

### **- INQUÉRITO Linfoma-ICF-UL**

**Identificação do estudo:** PT - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Data de preenchimento:** \_\_\_\_\_

Os problemas dos braços após o tratamento do cancro da mama podem afetar física e mentalmente.

O presente formulário de questões contém 29 perguntas e está baseado em informações de mulheres que foram sujeitas a este tratamento.

Ao lado de cada questão encontra-se uma escala numerada de 0 a 10. Nas extremidades de cada escala estão as palavras "Muito" e "Definitivamente não". Faça uma cruz assinalando o número em cada escala que melhor se adapta ao seu caso. A marca indica o grau de desconforto ou de redução da atividade devido à cirurgia da mama. Assinale um círculo vazio à direita da escala se não aplicável à sua situação.

Indique como tem estado nas **últimas duas semanas** e não deixe perguntas sem resposta.

Dê a sua própria opinião e não discuta com ninguém à sua volta.

Dor, sensação, função imunológica e função locomotora  
em relação ao braço:

	Definitivamente não										Muito	
1. Sente-se pesado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Sente-se rígido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Sente-se inchado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. Sente redução da força	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. Sente formigamento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. Sente dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. Sente a pele tensa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Problemas mentais

Devido a problemas com o braço:

	Definitivamente não										Muito	
8. Sinto-me triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Sinto-me desanimada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Tenho falta de autoconfiança	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Sinto-me tensa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Atividades domésticas

Como pode:

	Muito bem										Nada bem	Não atual
12. Limpar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>
13. Cozinhar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>
14. Engomar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>
15. Fazer jardinagem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>

Capacidade física

Como pode:

	Muito bem	Nada bem	Não atual
16. Trabalho com os braços levantados	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
17. Levantar coisas pesadas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
18. Dormir sobre o lado operado	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
19. Trabalhar no computador	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
20. Tomar sol	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
21. Conduzir automóvel	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
22. Andar mais de 2 km	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
23. Andar de bicicleta	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>

Atividades sociais

De que forma pode:

	Muito bem	Nada bem	Não atual
24. Ir de férias	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
25. Realizar atividades de lazer	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
26. Participar em desporto	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
27. Usar roupas livremente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
28. Realizar atividade profissional	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>
29. Sair com outras pessoas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		<input type="radio"/>

**Obrigado pela sua participação!**

**ORIENTAÇÃO PARA QUESTIONÁRIO DE VIDA**  
(Antonovsky, A. 1987)

Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, faça uma cruz assinalando o número que melhor expressa seus sentimentos, com números de 1 a 7. Por favor, marque só uma resposta para cada questão.

**1. Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor?**

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Raramente  
ou nunca

Com muita  
frequência

**2. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?**

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Nunca  
aconteceu

Sempre  
aconteceu

**3. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?**

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Nunca  
aconteceu

Sempre  
aconteceu

**4. Até agora, sua vida tem sido:**

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Sem qualquer  
objetivo ou  
finalidade

Com  
finalidade  
e objetivos  
claros

**5. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?**

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Com muita  
frequência

Raramente  
ou nunca



**6. Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?**

**1                    2                    3                    4                    5                    6                    7**

Com muita  
frequência

Raramente  
ou nunca

**7. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:**

**1                    2                    3                    4                    5                    6                    7**

Uma fonte de  
grande prazer  
e satisfação

Uma fonte de  
sofrimento e  
chatices

**8. Com que frequência você tem sentimentos e idéias bastante confusas?**

**1                    2                    3                    4                    5                    6                    7**

Com muita  
frequência

Raramente  
ou nunca

**9. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?**

**1                    2                    3                    4                    5                    6                    7**

Com muita  
frequência

Raramente  
ou nunca

**10. Muitas pessoas - mesmo aquelas muito fortes - algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?**

**1                    2                    3                    4                    5                    6                    7**

Nunca

Com muita  
frequência

**11. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:**

**1                    2                    3                    4                    5                    6                    7**

Você deu muita  
ou pouca  
importância  
para o que  
aconteceu

Você viu as  
coisas na  
medida certa

**12. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?**

**1                    2                    3                    4                    5                    6                    7**

Com muita  
frequência

Raramente  
ou nunca

**13. Com que frequência você tem a sensação de que você não consegue manter seu autocontrole?**

**1                    2                    3                    4                    5                    6                    7**

Com muita  
frequência

Raramente  
ou nunca

Este questionário é acerca da sua actividade física e dos seus hábitos tabágicos

1. Considerando o ultimo mês, em quantos dias da semana realizou pelo menos uma actividade de exercício físico que durou mais de 30 minutos (incluindo andar a pé ou de bicicleta)?

- Nenhuma
- Menos de 1 dia/semana
- 1 dia/semana
- 2 dia/semana
- 3 dia/semana
- 4 dia/semana
- 5 dia/semana
- 6 dia/semana
- 7 dia/semana

2. Como mudou a sua actividade física desde que foi diagnosticado o cancro da mama?

- Aumentou
- Diminuiu
- Igual

3. Fuma?

- Sim
- Não, nunca fumei
- Não, mas já fumei no passado

Obrigado pela sua participação!