

**International Osteoporosis Foundation**

**QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE**

**Qualeffo-41 (10 December 1997)**

**Copies of this questionnaire and authorized translations can be obtained after signing a user's agreement.**

**A Dor**

As 5 perguntas desta seção dizem respeito ao seu estado na última semana.

- 1) Com que frequência você teve dor nas costas na última semana?
  - não tive dor nas costas
  - 1 dia por semana ou menos
  - 2-3 dias por semana
  - 4-6 dias por semana
  - todos os dias
  
- 2) Se você teve dor nas costas, quanto tempo durou a sua dor nas costas durante o dia?
  - não tive dor nas costas
  - 1-2 horas
  - 3-5 horas
  - 6-10 horas
  - o dia inteiro
  
- 3) O quanto a sua dor nas costas foi forte em seu pior momento?
  - não tive dor nas costas
  - leve
  - moderada
  - forte
  - insuportável
  
- 4) Como foi a sua dor nas costas em outros momentos?
  - não tive dor nas costas
  - leve
  - moderada
  - forte
  - insuportável

- 5) A dor nas costas atrapalhou o seu sono na última semana?
- menos de uma vez por semana
  - uma vez por semana
  - duas vezes por semana
  - noite sim, noite não
  - todas as noites

**Função física:**

**B Atividades do dia-a-dia**

As próximas 4 perguntas dizem respeito ao seu estado atual.

- 6) Você tem dificuldade para se vestir?
- nenhuma dificuldade
  - um pouco de dificuldade
  - dificuldade média
  - posso precisar de alguma ajuda
  - impossível sem ajuda
- 7) Você tem dificuldade para tomar banho de banheira ou de chuveiro?
- nenhuma dificuldade
  - um pouco de dificuldade
  - dificuldade média
  - posso precisar de alguma ajuda
  - impossível sem ajuda
- 8) Você tem dificuldade para andar até o banheiro ou dar descarga?
- nenhuma dificuldade
  - um pouco de dificuldade
  - dificuldade média
  - posso precisar de alguma ajuda
  - impossível sem ajuda
- 9) Você dorme bem?
- durmo sem problema
  - acordo algumas vezes
  - acordo com frequência
  - às vezes fico acordada durante horas
  - às vezes passo a noite em claro

## Função física:

### C Trabalhos domésticos

As próximas 5 perguntas dizem respeito ao seu estado atual. Se outra pessoa faz essas coisas na sua casa, por favor, responda como se fosse você que as fizesse.

- 10) Você consegue limpar a casa?
- sem dificuldade
  - com um pouco de dificuldade
  - com dificuldade média
  - com muita dificuldade
  - impossível
- 11) Você consegue preparar as refeições?
- sem dificuldade
  - com um pouco de dificuldade
  - com dificuldade média
  - com muita dificuldade
  - impossível
- 12) Você consegue lavar a louça?
- sem dificuldade
  - com um pouco de dificuldade
  - com dificuldade média
  - com muita dificuldade
  - impossível
- 13) Você consegue fazer as compras do dia-a-dia?
- sem dificuldade
  - com um pouco de dificuldade
  - com dificuldade média
  - com muita dificuldade
  - impossível
- 14) Você consegue levantar um objeto pesado, de mais ou menos 10 quilos, (por exemplo, as compras de supermercado / feira, um engradado de refrigerante ou uma criança de 1 ano) e carregá-lo por pelo menos 10 metros?
- sem dificuldade
  - com um pouco de dificuldade
  - com dificuldade média
  - com muita dificuldade
  - impossível

## Função física:

### D Mobilidade

As próximas 8 perguntas também dizem respeito ao seu estado atual.

- 15) Você consegue se levantar de uma cadeira?
- sem dificuldade
  - com um pouco de dificuldade
  - com dificuldade média
  - com muita dificuldade
  - somente com ajuda
- 16) Você consegue se abaixar para pegar alguma coisa em uma mesa baixa ou no chão?
- facilmente
  - com uma certa facilidade
  - com dificuldade média
  - com muita dificuldade
  - impossível
- 17) Você consegue se ajoelhar?
- facilmente
  - com uma certa facilidade
  - com dificuldade média
  - com muita dificuldade
  - impossível
- 18) Você consegue subir um andar pela escada?
- sem dificuldade
  - com um pouco de dificuldade
  - descanso pelo menos uma vez
  - somente com ajuda
  - impossível
- 19) Você consegue andar 100 metros (um quarteirão)?
- rapidamente e sem parar
  - devagar porém sem parar
  - devagar parando pelo menos uma vez
  - somente com ajuda
  - impossível

- 20) Com que frequência você saiu na última semana?
- todos os dias
  - 5-6 dias por semana
  - 3-4 dias por semana
  - 1-2 dias por semana
  - menos de uma vez por semana
- 21) Você consegue usar os transportes coletivos (andar de ônibus, trem, metrô, barca)?
- sem dificuldade
  - com um pouco de dificuldade
  - com dificuldade média
  - com muita dificuldade
  - somente com ajuda
- 22) Você foi incomodada por mudanças na sua aparência devido à osteoporose (por exemplo, perda de altura, aumento da cintura, mudança da forma das suas costas)?
- nem um pouco
  - um pouco
  - mais ou menos
  - bastante
  - muito

## E Lazer, atividades sociais

- 23) Você pratica algum esporte atualmente?
- sim
  - sim, porém com restrições
  - não
- 24) Você pode jardinar?
- sim
  - sim, porém com restrições
  - não
  - não se aplica ao meu caso
- 25) Você tem algum passatempo atualmente?
- sim
  - sim, porém com restrições
  - não
- 26) Você pode ir ao cinema, ao teatro, etc.?
- sim
  - sim, porém com restrições
  - não
  - não há cinema nem teatro relativamente perto
- 27) Com que frequência você visitou amigos ou parentes durante os últimos 3 meses?
- uma vez por semana ou mais
  - uma ou duas vezes por mês
  - menos de uma vez por mês
  - nenhuma vez
- 28) Com que frequência você participou de atividades sociais (clubes, encontros / reuniões sociais, atividades ligadas à igreja, caridade, etc.) durante os últimos 3 meses?
- uma vez por semana ou mais
  - uma ou duas vezes por mês
  - menos de uma vez por mês
  - nenhuma vez

29) Sua dor nas costas ou outros problemas físicos interferem em sua intimidade (incluindo atividade sexual)?

- nem um pouco
- um pouco
- mais ou menos
- muito
- não se aplica ao meu caso

## F Avaliação da sua saúde em geral

- 30) Para a sua idade, de um modo geral, você diria que a sua saúde está..
- excelente
  - boa
  - satisfatória
  - nem boa, nem ruim
  - ruim
- 31) Como você avaliaria sua qualidade de vida durante a última semana?
- excelente
  - boa
  - satisfatória
  - nem boa, nem ruim
  - ruim
- 32) Como você avaliaria sua qualidade de vida atual comparada a 10 anos atrás?
- muito melhor agora
  - um pouco melhor agora
  - não mudou
  - um pouco pior agora
  - muito pior agora

## G Função mental

As próximas 9 perguntas dizem respeito ao seu estado na última semana.

- 33) Você tem tendência a se sentir cansada?
- de manhã
  - à tarde
  - somente à noite
  - após uma atividade intensa
  - quase nunca
- 34) Você se sente desanimada?
- quase todos os dias
  - 3-5 dias por semana
  - 1-2 dias por semana
  - de vez em quando
  - quase nunca
- 35) Você se sente sozinha?
- quase todos os dias
  - 3-5 dias por semana
  - 1-2 dias por semana
  - de vez em quando
  - quase nunca
- 36) Você se sente cheia de energia?
- quase todos os dias
  - 3-5 dias por semana
  - 1-2 dias por semana
  - de vez em quando
  - quase nunca
- 37) Você tem esperanças em relação ao seu futuro?
- não, nunca
  - raramente
  - às vezes
  - freqüentemente
  - sempre

- 38) Você se aborrece com pequenas coisas?
- não, nunca
  - raramente
  - às vezes
  - freqüentemente
  - sempre
- 39) Você acha fácil se comunicar com outras pessoas?
- não, nunca
  - raramente
  - às vezes
  - freqüentemente
  - sempre
- 40) Você está de bom humor durante a maior parte do dia?
- não, nunca
  - raramente
  - às vezes
  - freqüentemente
  - sempre
- 41) Você tem medo de se tornar totalmente dependente?
- não, nunca
  - raramente
  - às vezes
  - freqüentemente
  - sempre