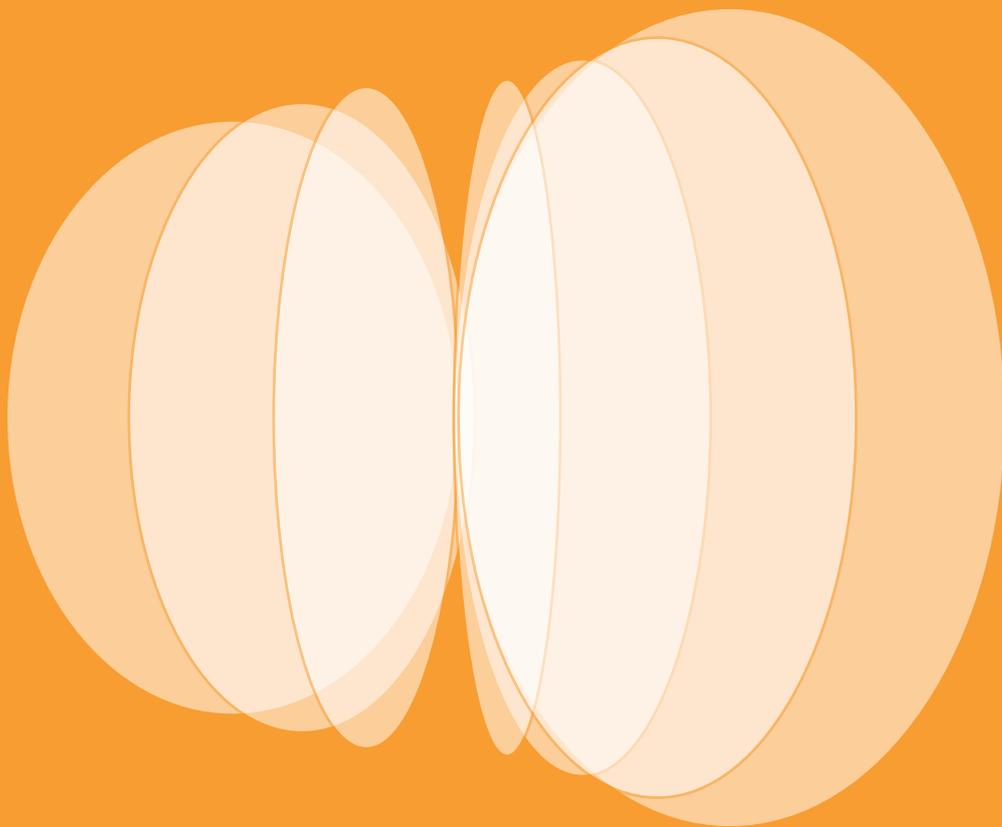


FPCEUC  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

# DESENVOLVIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO, ADAPTAÇÃO EMOCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM CANCRO DA MAMA

ANEXOS | PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO







## CONSENTIMENTO INFORMADO





## PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

### ***Adaptação ao cancro da mama e aos seus tratamentos: Influência de factores individuais e interpessoais.***

**Objectivo Geral:** Esta investigação pretende estudar as implicações que o cancro da mama e os respectivos tratamentos têm na saúde mental e na qualidade de vida das mulheres e seus companheiros. Pretende igualmente conhecer o impacto de alguns aspectos individuais (formas de lidar, imagem corporal, etc.) e interpessoais (relação conjugal, relações sociais, etc.) na adaptação à doença e aos seus tratamentos.

**Papel dos Participantes:** A sua colaboração neste projecto é voluntária e consiste no preenchimento de um protocolo de avaliação constituído por questionários de auto-resposta sobre diferentes áreas da sua vida (médica, emocional, social, familiar, ...).

Todos os questionários serão identificados por um código e os dados serão tratados apenas colectivamente, de forma a garantir, em todos os momentos, o anonimato dos participantes.

Em qualquer momento e por qualquer motivo (inclusive se sentir a sua privacidade invadida) pode desistir de colaborar neste projecto sem que por isso seja prejudicada no atendimento clínico que lhe é disponibilizado.

**Papel dos Investigadores:** Os investigadores deste projecto comprometem-se a:

- a) Garantir total confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes;
- b) Utilizar os dados fornecidos pelos participantes somente para fins de investigação (os resultados têm unicamente valor colectivo).

### **Consentimento Informado**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter consciência dos objectivos e procedimentos do projecto *Adaptação ao cancro da mama e aos seus tratamentos: Influência de factores individuais e interpessoais*, bem como do meu papel enquanto participante neste estudo.

Coimbra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

**Responsáveis pelo projecto:** Dra. Helena Teresa da Cruz Moreira (helena.tcmoreira@gmail.com)

Dra. Sónia Isabel Martins da Silva (soniaimasilva@gmail.com)





FICHAS DE DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS





**Ficha de Dados**

Código		PUN		Data	
--------	--	-----	--	------	--

Nome	
------	--

A1	Morada	
	Código postal	
	Telefone	

A2	Idade		A2.1	Data Nascimento	
----	-------	--	------	-----------------	--

A3	Estado Civil	Solteira	
		Casada/União de facto	
		Separada/Divorciada	
		Viúva	
		Outra relação	

A5	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	
		Sabe ler e/ou escrever	
		1º-4º anos	
		5º-6º anos	
		7º-9º anos	
		10º-12º anos	
		Estudos Universitários	
Formação Pós-graduada			

A4	Filhos	Não	
		Sim	Quantos? Idades:

A6	Profissão		
A6.1	Situação profissional	Activo	
		Desempregado	Há quanto tempo?
		Reformado	Há quanto tempo?
		Baixa Médica	Há quanto tempo?

A8	Mantém actualmente alguma relação (ex. namoro, casamento, união de facto, etc.?)	Não	
		Sim	Há quanto tempo?
			Como avalia a qualidade da sua relação? Extremamente Má <b>0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10</b> Extremamente Boa
Como avalia a qualidade da sua relação antes da doença (caso se aplique)? Extremamente Má <b>0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10</b> Extremamente Boa			

A8	Número de pessoas do agregado familiar?	
A8.1	Com quem vive?	

A9	Religião	
----	----------	--

A10	Nível Socio-económico	Baixo	
		Médio	
		Elevado	



**Dados Clínicos**

B1	Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico	Nunca recebi	
		Actualmente recebo acompanhamento psicológico/psiquiátrico	
		Recebi acompanhamento enquanto estava doente e após o término dos tratamentos	
		Recebi acompanhamento apenas enquanto estava doente	
		Recebi acompanhamento apenas após o término dos tratamentos	
		Recebi acompanhamento antes de estar doente	
		Durante quanto tempo?	
		Motivo:	

B2	Qual é o seu diagnóstico?		B2.1	Data aproximada do diagnóstico	
----	---------------------------	--	------	--------------------------------	--

B3	Meio de detecção	Auto-exame (palpação) da mama / detecção feita pela própria	
		Exame (palpação) realizado pelo médico numa consulta de rotina	
		Exames de rastreio solicitados pelo médico (sem detecção de nódulo na palpação)	
		Rastreio da LPCC	
		Outro:	

**B4 - Antecedentes**

B4.1	Antecedentes médicos?	Não	
		Sim	Qual? Há quanto tempo?
B4.2	Antecedentes oncológicos?	Não	
		Sim	Qual? Há quanto tempo? Tratamentos realizados:
B4.3	Antecedentes oncológicos familiares?	Não	
		Sim	Qual? Quem (parentesco)?

B5	Toma actualmente alguma medicação de forma regular?	Não	
		Sim	Motivo: Há quanto tempo?

B6	Faz consultas de vigilância médica regulares?	Não	
		Sim	Com que frequência? Como avalia a sua ansiedade quando faz um exame ou consulta médica? Extremamente Calma <b>0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10</b> Extremamente Ansiosa

B7	Teve alguma recorrência da sua doença?	Não	
		Sim	De que tipo?
			Há quanto tempo?
			Está a fazer algum tratamento para essa recorrência?
		Sim	Qual?

Ficha de Dados | 1º Momento de Avaliação



B8. A respeito das doenças da mama, até que ponto se sente:		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
B8.1	Informada?	0	1	2	3	4
B8.2	Ansiosa/Preocupada?	0	1	2	3	4

B9	Tem ou já teve algum familiar próximo com uma doença grave?	Actualmente tenho um familiar próximo com uma doença grave	
		Já tive um (ou mais) familiar(es) próximo(s) com uma doença grave	
		Nunca tive nenhum familiar próximo com uma doença grave	

B10.1	Considera que o seu diagnóstico/doença representa/representou uma ameaça à sua vida e/ou integridade física ou um perigo de ferimento grave?	Sim	
		Não	
B10.2	Perante o seu diagnóstico/doença, a sua resposta/reacção alguma vez envolveu medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror?	Sim	
		Não	

Que tipo de <b>impacto</b> tem tido o seu diagnóstico/doença em diferentes áreas da vida:		Muito negativo	Moderadamente negativo	Nem positivo nem negativo	Moderadamente positivo	Muito positivo
B11	Relacionamento com os outros					
	Espiritualidade/Crenças pessoais					
	Apreciação pela vida					
	Surgimento de novas oportunidades (ex. profissionais, actividades de lazer, novos interesses, etc.)					
	Percepção de força pessoal					
	Impacto Global					

B12.1	<b>Actualmente</b> , está satisfeita com a sua aparência?	Não			
		Sim			
B12.2	Satisfação com a sua aparência (assinale com uma cruz o local que melhor traduz o que sente)	Muitíssimo insatisfeita <b>0</b> ----- <b>5</b> ----- <b>10</b> Muitíssimo satisfeita			
B12.3	Actualmente, está <b>insatisfeita</b> com alguma parte específica do seu corpo?	Não			
		Sim	Qual?		
B13.	<b>No último ano...</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
B13.1	Sentiu vergonha do seu corpo ou de alguma parte do seu corpo?	1	2	3	4
B13.2	Preocupou-se com o que as outras pessoas pensam da sua aparência?	1	2	3	4
B13.3	Evitou olhar para si mesmo, ao espelho?	1	2	3	4
B13.4	Desejou encobrir ou esconder o seu corpo ou alguma parte do mesmo?	1	2	3	4

C0	Momentos avaliados	<input type="checkbox"/> Pós-diagnóstico (M1) - Data da avaliação: <input type="checkbox"/> Durante os tratamentos (M2) - Data da avaliação: <input type="checkbox"/> Pós-tratamentos (M3) - Data da avaliação:
----	--------------------	---



C1 - Situação Clínica					
C1.1	Diagnóstico médico				
C1.2	Estádio	I	II	III	IV
C1.3	Classificação TNM	C1.3.1	Tamanho do Tumor (T)		
		C1.3.2	Nódulo/gânglios linfáticos (N)		
		C1.3.3	Metástases (M)		
C1.4	Receptores Hormonais				
C1.5	Tipo de carcinoma	Carcinoma ductal in situ (CDIS)			
		Carcinoma lobular in situ (CLIS)			
		Carcinoma ductal invasor (CDI)			
		Carcinoma lobular invasor (CLI)			
		Carcinoma inflamatório da mama			
		Outro			

C2 - Tratamentos		
C2.1	Tipo de cirurgia realizada	<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Mastectomia <input type="checkbox"/> Simples ou total (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Radical modificada (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Radical (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Reconstrução mamária (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Nenhuma Observações:
C2.2	Outros tipos de tratamentos realizados ou a realizar	<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões____ ; duração____ sem./meses) <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Adjuvante (nº total ciclos____ ; duração____ sem./meses) <input type="checkbox"/> Neo-adjuvante (nº total ciclos____ ; duração____ sem./meses) <input type="checkbox"/> Paliativa (nº total ciclos____ ; duração____ sem./meses) <input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação: <input type="checkbox"/> Imunoterapia <input type="checkbox"/> Nenhum Observações:

1º Tratamento (data e tipo) \_\_\_\_\_

**Observações:**

---



---



---



---



---



---



---



**Ficha de Dados**

Código	PUN	Data
--------	-----	------

Nome (iniciais)
-----------------

A1 - Tratamentos a realizar		
A1.1	Tipo de tratamentos a realizar actualmente (data __/__/____)	<input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões____ ; nº sessão actual____) <input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total tratamentos____ ; nº tratamento actual____) Observações:
A1.2	Tipo de tratamentos a realizar futuramente (se aplicável)	<input type="checkbox"/> Tumorectomia (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Mastectomia (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Quadrantectomia (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Esvaziamento dos gânglios linfáticos axilares (data __/__/____) <input type="checkbox"/> Reconstrução mamária <input type="checkbox"/> Radioterapia (nº total sessões____ ) <input type="checkbox"/> Quimioterapia (nº total tratamentos____ ) <input type="checkbox"/> Hormonoterapia - Medicação: <input type="checkbox"/> Imunoterapia <input type="checkbox"/> Nenhum Observações:

B1.	Está a receber actualmente algum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?	Não	
		Sim	Há quanto tempo?
			Motivo:
			Medicação:

Ficha de Dados | 2º Momento de Avaliação (Tratamento)



	Que tipo de <b>impacto</b> tem tido a sua doença em diferentes áreas da vida:	Muito negativo	Moderadamente negativo	Nem positivo nem negativo	Moderadamente positivo	Muito positivo
B2.	Relacionamento com os outros					
	Espiritualidade					
	Apreciação pela vida					
	Surgimento de novas oportunidades					
	Percepção de força pessoal					

B3.	<p>Como avalia a qualidade da sua relação com o seu companheiro (caso de aplique)?</p> <p>Extremamente Má <b>0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10</b> Extremamente Boa</p>
-----	--

B4.1	<b>Actualmente</b> , está satisfeita com a sua aparência?	Não	
		Sim	
B4.2	Satisfação com a sua aparência (assinale com uma cruz o local que melhor traduz o que sente)	Muitíssimo insatisfeita <b>0-----5-----10</b> Muitíssimo satisfeita	
B4.3	Actualmente, está <b>insatisfeita</b> com alguma parte específica do seu corpo?	Não	
		Sim	Qual?

B5.	Nas últimas semanas...	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
B5.1	Sentiu vergonha do seu corpo ou de alguma parte do seu corpo?	1	2	3	4
B5.2	Preocupou-se com o que as outras pessoas pensam da sua aparência?	1	2	3	4
B5.3	Evitou olhar para si mesmo, ao espelho?	1	2	3	4
B5.4	Desejou encobrir ou esconder o seu corpo ou alguma parte do mesmo?	1	2	3	4



**Ficha de Dados**

<b>Código</b>		<b>PUN</b>		<b>Data</b>	
---------------	--	------------	--	-------------	--

<b>Nome (iniciais)</b>	
------------------------	--

**A1 – Tratamentos a realizar actualmente**

A1	Que tipo de tratamento(s) está a realizar actualmente?	<input type="checkbox"/> Herceptin
		<input type="checkbox"/> Zoladex
		<input type="checkbox"/> Tamoxifeno
		<input type="checkbox"/> Raloxifeno
		<input type="checkbox"/> Arimidex
		<input type="checkbox"/> Outro:
		<input type="checkbox"/> Nenhum
		Observações:

A2	No caso de ter realizado mastectomia (cirurgia total da mama), está a planear submeter-se a cirurgia de reconstrução da mama?	Não		Já iniciou o processo cirúrgico de reconstrução?	Sim	
		Sim			Não	

A3	Teve alguma recorrência / recidiva da sua doença?	Não					
		Sim	De que tipo?				
			Há quanto tempo?				
			Está a fazer algum tratamento para essa recorrência?		Não		
		Sim		Qual?			

A4	Faz consultas regulares de vigilância médica?	Não					
		Sim	Com que frequência?				
			Como avalia a sua ansiedade quando faz um exame ou consulta médica? Extremamente Calma <b>0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10</b> Extremamente Ansiosa				

A5	Está a receber actualmente algum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?	Não	
		Sim	Há quanto tempo? Medicação:

A6 - A respeito das doenças da mama, até que ponto é que, <b>actualmente</b> , se sente:		<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>
A6.1	Informada?	0	1	2	3	4
A6.2	Ansiosa/Preocupada?	0	1	2	3	4

Ficha de Dados | 3º Momento de Avaliação (Recuperação)



B1	Como avalia a qualidade da sua relação com o seu companheiro (caso se aplique)? (Coloque um círculo/cruz (x) à volta do número que melhor corresponde à sua avaliação)  <b>Extremamente Má 0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10 Extremamente Boa</b>
----	--

B2.1	<b>Actualmente</b> , está satisfeita com a sua aparência?	Não	
		Sim	
B2.2	Satisfação com a sua aparência (assinale com uma cruz o número que melhor traduz o que sente)	Muitíssimo insatisfeita <b>0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10</b> Muitíssimo satisfeita	
B2.3	Actualmente, está <b>insatisfeita</b> com alguma parte específica do seu corpo?	Não	
		Sim	Qual?

B3.	Nas últimas semanas...	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
B3.1	Sentiu vergonha do seu corpo ou de alguma parte do seu corpo?	1	2	3	4
B3.2	Preocupou-se com o que as outras pessoas pensam da sua aparência?	1	2	3	4
B3.3	Evitou olhar para si mesmo, ao espelho?	1	2	3	4
B3.4	Desejou encobrir ou esconder o seu corpo ou alguma parte do mesmo?	1	2	3	4

B4.1	Em algum momento considerou que o seu diagnóstico/doença representava uma ameaça à sua vida e/ou integridade física ou um perigo de ferimento grave?	Sim	
		Não	
B4.2	Perante o seu diagnóstico/doença, a sua resposta/reacção alguma vez envolveu medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror?	Sim	
		Não	

B5.1	Considera terem ocorrido na sua vida <b>mudanças positivas</b> associadas à vivência da doença e dos respectivos tratamentos?	Não	
		Sim	
B5.2	Se sim, quais considera terem sido as principais mudanças positivas que tem vindo a sentir desde que tomou conhecimento da sua doença?  _____  _____  _____  _____  _____		



	Que tipo de <b>impacto</b> tem tido o seu diagnóstico/doença em diferentes áreas da vida:	Muito negativo	Moderadamente negativo	Nem positivo nem negativo	Moderadamente positivo	Muito positivo
B6	Relacionamento com os outros	1	2	3	4	5
	Espiritualidade/Crenças pessoais	1	2	3	4	5
	Apreciação pela vida	1	2	3	4	5
	Surgimento de novas oportunidades (ex. profissionais, actividades de lazer, novos interesses, etc.)	1	2	3	4	5
	Percepção de força pessoal	1	2	3	4	5
	Impacto Global da doença na sua vida	1	2	3	4	5

No quadro seguinte são apresentados vários acontecimentos de vida significativos. Assinale com uma cruz (X) os acontecimentos que ocorreram na sua vida **após o diagnóstico da sua doença**:

B7	<input type="checkbox"/> Diagnóstico de uma outra doença	<input type="checkbox"/> Mudança da situação económica
	<input type="checkbox"/> Dificuldades na relação conjugal	<input type="checkbox"/> Modificação de hábitos pessoais
	<input type="checkbox"/> Dificuldades sexuais	<input type="checkbox"/> Modificação de hábitos alimentares
	<input type="checkbox"/> Dificuldades no relacionamento com os seus filhos	<input type="checkbox"/> Modificação nos hábitos de sono
	<input type="checkbox"/> Desemprego	<input type="checkbox"/> Mudança de emprego ou de condições de trabalho
	<input type="checkbox"/> Reforma	<input type="checkbox"/> Mudança de actividades de lazer
	<input type="checkbox"/> Casamento	<input type="checkbox"/> Mudança nas actividades sociais
	<input type="checkbox"/> Reconciliação conjugal / maior proximidade em relação ao seu cônjuge	<input type="checkbox"/> Separação ou divórcio do seu companheiro
	<input type="checkbox"/> Reconciliação familiar / maior proximidade em relação à sua família	<input type="checkbox"/> Doença do seu companheiro
	<input type="checkbox"/> Gravidez ou nascimento de um filho	<input type="checkbox"/> Morte do seu companheiro
	<input type="checkbox"/> Nascimento de netos	<input type="checkbox"/> Doença de um elemento próximo da sua família
	<input type="checkbox"/> Realização de actividade de voluntariado	<input type="checkbox"/> Morte de um elemento próximo da sua família
	<input type="checkbox"/> Mudança de residência	<input type="checkbox"/> Doença de um(a) amigo(a) próximo(a)
	<input type="checkbox"/> Mudança de condições de vida	<input type="checkbox"/> Morte de um(a) amigo(a) próximo(a)
	<input type="checkbox"/> Prisão de alguém significativo	
	<input type="checkbox"/> Outro:	

	Para cada uma das seguintes afirmações, assinale com uma cruz (x) a opção que melhor traduz o que pensa acerca de si própria:	Discordo muito	Discordo pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo pouco	Concordo muito
B8	1. Em momentos de incerteza, espero sempre o melhor	0	1	2	3	4
	2. Se houver a mínima hipótese de alguma coisa me correr mal, tenho a certeza que correrá	4	3	2	1	0
	3. Sou sempre optimista em relação ao meu futuro	0	1	2	3	4
	4. Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero	4	3	2	1	0
	5. Raramente espero que coisas boas me aconteçam	4	3	2	1	0
	6. Em geral, espero que mais coisas boas me aconteçam do que más	0	1	2	3	4





**Ficha de Dados**

Código		Data	
--------	--	------	--

Nome (iniciais)	
-----------------	--

1.	Sexo	Feminino		Masculino		2.	Idade		2.1	Data Nascimento	
----	------	----------	--	-----------	--	----	-------	--	-----	-----------------	--

3.	Estado Civil	Solteiro(a)	
		Casado(a)/União de facto	
		Separado(a)/Divorciado(a)	
		Viúvo(a)	

4.	Filhos	Não	
		Sim	Quantos? Idades:

5.	Mantém actualmente alguma relação (ex. namoro, casamento, etc.?)	Não	
		Sim	Há quanto tempo? Como avalia a qualidade da sua relação? Extremamente Má <b>0--1--2--3--4--5--6--7--8--9--10</b> Extremamente Boa

6.	Número de pessoas que vivem consigo?	
6.1	Com quem vive?	

7.	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	
		Sabe ler e/ou escrever	
		1º-4º anos	
		5º-6º anos	
		7º-9º anos	
		10º-12º anos	
		Estudos Universitários Formação Pós-graduada	

8.	Freguesia	
8.1	Concelho	
8.2	Distrito	

9.	Profissão		
9.1	Situação profissional	Activo(a)	
		Desempregado(a)	Há quanto tempo?
		Reformado(a)	Há quanto tempo? Motivo:
		Baixa Médica	Há quanto tempo? Motivo:

10.	Está a receber actualmente algum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?	Não	
		Sim	Há quanto tempo? Motivo: Medicação:
10.1	Já recebeu anteriormente acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?	Não	
		Sim	Durante quanto tempo? Motivo:

Ficha de Dados | População Geral



11.1	Tem alguma doença crónica?	Não	
		Sim	Que doença tem? Há quanto tempo?
11.2	Toma alguma medicação de forma regular?	Não	
		Sim	Motivo: Há quanto tempo?
11.3	Tem ou já teve alguma doença oncológica?	Não	
		Sim	Qual? Há quanto tempo? Tratamentos realizados:
11.4	Tem familiares com história de doença oncológica?	Não	
		Sim	Qual? Quem (parentesco)?

12.	Tem ou já teve algum familiar próximo com uma doença grave?	Actualmente tenho um familiar próximo com uma doença grave	
		Já tive um (ou mais) familiar(es) próximo(s) com uma doença grave	
		Nunca tive nenhum familiar próximo com uma doença grave	

13	Comparativamente à maioria das pessoas, como é que avalia a ajuda que recebe das pessoas que o/a rodeiam?	<b>Muito Mau</b>	<b>Mau</b>	<b>Normal</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito bom</b>

14.1	<b>Actualmente</b> , está satisfeita com a sua aparência?	Não	
		Sim	
14.2	Satisfação com a sua aparência (assinale com uma cruz o local que melhor traduz o que sente)	Muitíssimo insatisfeita <b>0</b> ----- <b>5</b> ----- <b>10</b> Muitíssimo satisfeita	
14.3	Actualmente, está <b>insatisfeita</b> com alguma parte específica do seu corpo?	Não	
		Sim	Qual?

15.	<b>No último ano...</b>	<b>Nada</b>	<b>Um pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
15.1	Sentiu vergonha do seu corpo ou de alguma parte do seu corpo?	1	2	3	4
15.2	Preocupou-se com o que as outras pessoas pensam da sua aparência?	1	2	3	4
15.3	Evitou olhar para si mesmo, ao espelho?	1	2	3	4
15.4	Desejou encobrir ou esconder o seu corpo ou alguma parte do mesmo?	1	2	3	4



## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO





## Brief COPE

(Carver, 1997; versão portuguesa Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Existem diversas formas através das quais as pessoas podem lidar com os problemas de saúde (doenças, dores, mal-estar, etc.). Os itens que vai encontrar de seguida exprimem diversos modos de lidar com a doença. Queremos saber *em que extensão* tem feito aquilo que o item diz; *quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido *eficaz* ou não - mas se tem feito ou não tem feito isso.

Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta fornecidas.

	Nunca faço isto	Faço isto poucas vezes	Faço algumas vezes	Faço sempre isto
1 -Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação	0	1	2	3
2 -Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	0	1	2	3
3 - Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"	0	1	2	3
4 - Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	0	1	2	3
5 - Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)	0	1	2	3
6 - Simplesmente desisto de tentar lidar com isto	0	1	2	3
7 - Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação	0	1	2	3
8 - Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo	0	1	2	3
9 - Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos	0	1	2	3
10 - Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	0	1	2	3
11 - Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	0	1	2	3
12 - Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	0	1	2	3
13 - Faço críticas a mim próprio	0	1	2	3
14 - Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	0	1	2	3
15 - Procuo o conforto e compreensão de alguém	0	1	2	3
16 - Desisto de me esforçar para lidar com a situação	0	1	2	3
17 - Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer	0	1	2	3
18 - Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	0	1	2	3
19 - Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras	0	1	2	3
20 - Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	0	1	2	3
21 - Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	0	1	2	3
22 - Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	0	1	2	3
23 - Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	0	1	2	3
24 - Tento aprender a viver com a situação	0	1	2	3
25 - Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação	0	1	2	3
26 - Culpo-me pelo que está a acontecer	0	1	2	3
27- Rezo ou medito	0	1	2	3
28 - Enfrento a situação com sentido de humor	0	1	2	3





## Illness Perception Questionnaire – Brief

(Weinman & Petrie, 2004; versão portuguesa: McIntyre, Araújo-Soares, Trovisqueira, 2004)

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um **círculo à volta do número que melhor corresponde à sua maneira de pensar:**

<b>1.</b> Até que ponto acha que a sua doença afecta a sua vida?	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b>
	Não afecta nada <span style="float: right;">Afecta gravemente a minha vida</span>
<b>2.</b> Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b>
	Muito pouco tempo <span style="float: right;">Para sempre</span>
<b>3.</b> Até que ponto sente controlo sobre a sua doença?	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b>
	Nenhum controlo <span style="float: right;">Muitíssimo controlo</span>
<b>4.</b> Até que ponto pensa que o tratamento pode ajudar a sua doença?	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b>
	Não vai ajudar nada <span style="float: right;">Vai ajudar muitíssimo</span>
<b>5.</b> Em que medida sente sintomas da sua doença?	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b>
	Nenhum sintoma <span style="float: right;">Muitos sintomas graves</span>
<b>6.</b> Até que ponto se preocupa com a sua doença?	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b>
	Nada preocupado(a) <span style="float: right;">Extremamente preocupado(a)</span>
<b>7.</b> Até que ponto sente que compreende a sua doença?	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b>
	Não compreendo <span style="float: right;">Compreendo muito bem</span>
<b>8.</b> Até que ponto a sua doença o(a) afecta emocionalmente? (ex. fá-lo(a) sentir-se zangado(a), assustado(a), perturbado(a), deprimido(a)?)	<b>0</b> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b>
	Não me afecta emocionalmente <span style="float: right;">Afecta-me muitíssimo</span>
<b>9.</b> Por favor, refira por ordem de decrescente (1,2,3), as três razões mais importantes que acredita terem causado a sua doença.	Para mim, as <b>causas</b> para a minha doença são: 1. _____ 2. _____ 3. _____





## Hospital Anxiety and Depression Scale

(Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa: Pais Ribeiro et al., 2006)

Este questionário foi construído com o objectivo de ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas um (X) em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca





## Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático

(Tedeschi & Calhoun, 1996; versão portuguesa: Silva & Canavarro, 2007)

Determinados acontecimentos críticos de vida, como por exemplo, o diagnóstico e tratamento de uma doença, a perda de um filho, um aborto não desejado, um acidente, entre outros, implicam um conjunto de mudanças significativas.

De seguida, são apresentadas várias afirmações que reflectem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida **desde que tomou conhecimento da sua doença**. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma deverá assinalar a resposta que melhor traduza o grau em que experienciou essa mesma mudança, de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença
- 1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado da minha doença
- 2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado da minha doença
- 3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado da minha doença
- 4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado da minha doença
- 5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado da minha doença

	0	1	2	3	4	5
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.						
2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida.						
3. Desenvolvi novos interesses.						
4. Sinto que posso contar mais comigo próprio.						
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.						
6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade						
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida.						
8. Sinto-me mais próximo das outras pessoas						
9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções.						
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.						
11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.						
12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor.						
13. Consigo apreciar melhor cada dia.						
14. Existem outras oportunidades que não teriam existido antes.						
15. Tenho mais compaixão para com os outros.						
16. Dedico-me mais às minhas relações.						
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança.						
18. Tenho uma maior fé religiosa.						
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.						
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.						
21. Aceito melhor necessitar dos outros.						



# WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE  
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**. Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>2 (G4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
<b>10 (F2.1)</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
<b>15 (F9.1)</b>	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25 (F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

## Brief COPE | População Geral

(Carver, 1997; versão portuguesa Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004)



Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como habitualmente lida com o stress na sua vida perante uma situação de doença. Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que habitualmente faz para lidar com a situação de doença. Obviamente, diferentes pessoas lidam com os problemas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você habitualmente lida com a situação de doença. Cada item expressa um modo particular de lidar com a situação de doença. Queremos saber *em que extensão* costuma fazer aquilo que o item diz; *quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base no que lhe parece ser *eficaz* ou não – mas se costuma fazer ou não isso.

Responda como costuma ser PARA SI com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta fornecidas.

	Nunca costumo fazer isto	Costumo fazer isto poucas vezes	Costumo fazer isto algumas vezes	Costumo fazer sempre isto
1 -Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2 -Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3 - Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”				
4 - Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5 - Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6 - Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7 - Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8 - Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9 - Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10 - Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11 - Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12 - Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13 - Faço críticas a mim próprio				
14 - Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15 - Procuo o conforto e compreensão de alguém				
16 - Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17 - Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18 - Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19 - Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
20 - Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21 - Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22 - Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23 - Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24 - Tento aprender a viver com a situação				
25 - Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
26 - Culpo-me pelo que está a acontecer				
27- Rezo ou medito				
28 - Enfrento a situação com sentido de humor				



# Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático | População Geral

(Tedeschi & Calhoun, 1996; versão portuguesa: Silva & Canavarro, 2007)



No último ano e meio considera ter ocorrido na sua vida um **acontecimento significativamente negativo ao ponto de influenciar marcadamente a sua vida?** (Por exemplo: doença, perda de alguém significativo, desemprego, acidente, assalto, entre outros)

- Sim. Qual foi o acontecimento? \_\_\_\_\_
- Não.

De seguida são apresentadas várias afirmações que reflectem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida na sequência do acontecimento negativo que indicou. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Em cada uma deverá assinalar a resposta que melhor traduza o grau em que experienciou essa mesma mudança.

No caso de considerar que neste período de tempo não ocorreu nenhum acontecimento significativamente negativo, deverá, na mesma, para cada afirmação, indicar o grau em que a cada mudança se tem (ou não) reflectido na sua vida no último ano e meio.

Responda ao questionário de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Eu não experienciei esta mudança no último ano e meio
- 1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança no último ano e meio
- 2 = Eu experienciei pouco esta mudança no último ano e meio
- 3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança no último ano e meio
- 4 = Eu experienciei bastante esta mudança no último ano e meio
- 5 = Eu experienciei completamente esta mudança no último ano e meio

	0	1	2	3	4	5
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.						
2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida.						
3. Desenvolvi novos interesses.						
4. Sinto que posso contar mais comigo próprio.						
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.						
6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade						
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida.						
8. Sinto-me mais próximo das outras pessoas						
9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções.						
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.						
11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.						
12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor.						
13. Consigo apreciar melhor cada dia.						
14. Existem outras oportunidades que não teriam existido antes.						
15. Tenho mais compaixão para com os outros.						
16. Dedico-me mais às minhas relações.						
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança.						
18. Tenho uma maior fé religiosa.						
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.						
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.						
21. Aceito melhor necessitar dos outros.						