

Appendix 1. Portuguese version of COMPASS 31

1. No último ano, alguma vez sentiu-se fraco ou estonteado (sensação de tontura) ou teve dificuldade em pensar logo após se levantar de uma posição sentada ou deitada?

1 Sim

2 Não *Se assinalou Não, vá para a questão 5.*

2. Ao levantar-se, com que frequência sente esses sintomas?

1 Raramente

2 Ocasionalmente

3 Frequentemente

4 Quase sempre

3. Como avalia a gravidade desses sintomas?

1 Ligeira

2 Moderada

3 Grave

4. No último ano, esses sintomas que sentiu:

1 Ficaram muito pior

2 Ficaram um pouco pior

3 Permaneceram quase o mesmo

4 Ficaram um pouco melhor

5 Ficaram muito melhor

6 Desapareceram completamente

5. No último ano, alguma vez notou alterações da cor da sua pele, como vermelho, branco ou arroxeadado?

1 Sim

2 Não *Se assinalou Não, vá para a questão 8.*

6. Que partes do seu corpo foram afetadas por estas alterações de cor?

1 Mãos

2 Pés

7. Estas alterações na sua cor da pele:

- 1 Ficaram muito pior
- 2 Ficaram um pouco pior
- 3 Permaneceram quase o mesmo
- 4 Ficaram um pouco melhor
- 5 Ficaram muito melhor
- 6 Desapareceram completamente

8. Nos últimos 5 anos, que alterações ocorreram na transpiração geral do seu corpo?

- 1 Eu sudo muito mais do que costumava
- 2 Eu sudo um pouco mais do que costumava
- 3 Eu não notei qualquer alteração na minha transpiração
- 4 Eu sudo um pouco menos do que costumava
- 5 Eu sudo muito menos do que costumava

9. Sente os seus olhos extremamente secos?

- 1 Sim
- 2 Não

10. Sente a sua boca extremamente seca?

- 1 Sim
- 2 Não

11. Para o sintoma de olhos secos ou boca seca que teve durante o maior período de tempo, esse sintoma:

- 0 Eu não tive nenhum destes sintomas
- 1 Ficou muito pior
- 2 Ficou um pouco pior
- 3 Ficou quase o mesmo
- 4 Ficou um pouco melhor

5 Ficou muito melhor

6 Desapareceu completamente

12. No último ano, notou alguma mudança na forma como fica cheio quando come uma refeição?

1 Fico cheio muito mais rapidamente agora do que costumava

2 Fico cheio mais rapidamente agora do que costumava

3 Não notei qualquer mudança

4 Fico cheio menos rapidamente agora do que costumava

5 Fico cheio muito menos rapidamente agora do que costumava

13. No último ano, sentiu-se excessivamente ou persistentemente cheio (sensação de inchaço) após uma refeição?

1 Nunca

2 Às vezes

3 Uma grande parte do tempo

14. No último ano, vomitou após uma refeição?

1 Nunca

2 Às vezes

3 Uma grande parte do tempo

15. No último ano, teve dor tipo cólica ou dor abdominal com cólica?

1 Nunca

2 Às vezes

3 Uma grande parte do tempo

16. No último ano, teve crises de diarreia?

1 Sim

2 Não *Se assinalou Não, vá para a questão 20.*

17. Com que frequência isso acontece?

1 Raramente

- 2 Ocasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Constantemente

18. Como avalia a gravidade das crises de diarreia?

- 1 Ligeira
- 2 Moderada
- 3 Grave

19. Essas crises de diarreia estão:

- 1 Muito pior
- 2 Um pouco pior
- 3 Quase o mesmo
- 4 Um pouco melhor
- 5 Muito melhor
- 6 Desapareceram completamente

20. No último ano, teve prisão de ventre?

- 1 Sim
- 2 Não *Se assinalou Não, vá para a questão 24.*

21. Com que frequência tem prisão de ventre?

- 1 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Constantemente

22. Como avalia a gravidade da prisão de ventre?

- 1 Ligeira
- 2 Moderada
- 3 Grave

23. A sua prisão de ventre está:

- 1 Muito pior
- 2 Um pouco pior
- 3 Quase o mesmo
- 4 Um pouco melhor
- 5 Muito melhor
- 6 Desapareceu completamente

24. No último ano, alguma vez perdeu o controlo da função da sua bexiga?

- 1 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Constantemente

25. No último ano, alguma vez teve dificuldade em urinar?

- 1 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Constantemente

26. No último ano, alguma vez teve problemas em esvaziar completamente a bexiga?

- 1 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Constantemente

27. No último ano, sem óculos de sol ou óculos escuros, a luz brilhante incomodava os seus olhos?

- 1 Nunca *Se assinalou Nunca, vá para a questão 29.*
- 2 Ocasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Sempre

28. Quão grave é esta sensibilidade à luz brilhante?

- 1 Ligeira
- 2 Moderada
- 3 Grave

29. No último ano, teve dificuldade para focar os seus olhos?

- 1 Nunca *Se assinalou Nunca, vá para a questão 31.*
- 2 Ocasionalmente
- 3 Frequentemente
- 4 Sempre

30. Quão grave é este problema de visão?

- 1 Ligeiro
- 2 Moderado
- 3 Grave

31. O sintoma mais problemático nos seus olhos está:

- 0 Eu não tive nenhum destes sintomas
- 1 Muito pior
- 2 Um pouco pior
- 3 Quase o mesmo
- 4 Um pouco melhor
- 5 Muito melhor
- 6 Desapareceu completamente