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 arroxeado?

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 suo muito mais do que costumava

2 Eu suo um pouco mais do que costumava

3 Eu não notei qualquer alteração na minha transpiração

4 Eu suo um pouco menos do que costumava

5 Eu suo 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?

1Sim

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