

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA -IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP

PÂMELLA KAROLLINE ARAÚJO BATISTA

Q-TFA/Br - Versão traduzida e adaptada para o português brasileiro
do “*Questionnaire for persons with a Transfemoral Amputation (Q-*
TFA)”

RECIFE

2023

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA-IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP

PÂMELLA KAROLLINE ARAÚJO BATISTA

Orientadora: Suzana Lins da Silva

Coorientador: Rafael Anderson Carneiro da Silva

RECIFE

2023

Produto Técnico: “*Questionnaire for persons with a Transfemoral Amputation (Q-TFA)*”, traduzido e adaptado transculturalmente para o português brasileiro, versão Q-TFA/Br – Ano:2023

QUESTIONÁRIO PARA PESSOAS COM AMPUTAÇÃO TRANSFEMORAL (Q-TFA/Br)

ESCORE DE USO DA PRÓTESE

Quantos dias por semana, em média, você utiliza a prótese?

0 1 2 3 4 5 6 7

Você usa a prótese quantas horas por dia, em média?

- 0 – 3 horas (1.5)
 4 – 6 horas (5)
 7 – 9 horas (8)
 10 – 12 horas (11)
 13 – 15 horas (14)
 mais de 15 horas (15.5)

ESCORE DE MOBILIDADE PROTÉTICA

SUBESCORE – DISPOSITIVOS AUXILIARES DE MARCHA

Quais dos dispositivos auxiliares de marcha você utiliza ao caminhar dentro de casa usando a prótese?

- (0) Andador ou similar (1) 2 muletas ou 2 bengalas
 (2) 1 muleta ou 1 bengala (3) Nenhum

Quais dos dispositivos auxiliares de marcha você utiliza ao caminhar fora de casa usando a prótese?

- (0) Andador ou similar (1) 2 muletas ou 2 bengalas
 (2) 1 muleta ou 1 bengala (3) Nenhum

SUBESCORE – CAPACIDADE

Você consegue realizar os movimentos a seguir utilizando a prótese e com a ajuda do seu dispositivo auxiliar de marcha? Sinta-se à vontade para tentar realizar o movimento caso não tenha certeza de sua resposta.

| | Sim | Não | Não Tentei |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A. Subir e descer escadas sem corrimão: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Subir um morro (ladeira): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Descer um morro (ladeira): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Andar em terrenos irregulares. Ex.: trilhas ou campos: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Andar uma distância de 50m, rapidamente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Andar carregando uma sacola de compras ou uma mala leve: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (1) | (0) | (0) |

Você consegue executar as atividades abaixo enquanto usa a prótese? Sinta-se à vontade para tentar realizar o movimento caso não tenha certeza de sua resposta.

| | Sim | Não | Não tentei |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| G. Ficar de pé por 10-15 minutos sem apoio e sem desconforto: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Atravessar um cômodo carregando uma bandeja com as duas mãos: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Sentar-se confortavelmente em uma poltrona baixa ou no banco de trás de um carro: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Estando sentado(a), curvar-se para amarrar seus sapatos: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Sentar e levantar do chão, facilmente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Andar de bicicleta: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (1) | (0) | (0) |

SUBSCORE – HÁBITOS DE CAMINHADA

Nos últimos três meses, com que frequência você utilizou a prótese para caminhar continuamente as seguintes distâncias? (Assinale uma resposta para cada distância)

| | Diariamente | Várias vezes por semana | Uma vez por semana | Menos de uma vez por semana | Nunca |
|--------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 50m | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 200m | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 500m | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2km | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5km ou mais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (4) | (3) | (2) | (1) | (0) |

SCORE DE PROBLEMAS

Você teve algum destes problemas nas últimas quatro semanas?

Por favor, especificar o quanto o problema o incomodou e como afetou sua qualidade de vida.

Preencher as caixas com valores de 0-4.

| | Problema | Qualidade de vida |
|---|-----------------|--------------------------|
| Exemplos: | | |
| 1a Você já sentiu dor fantasma? | () | () |
| 1b Como isto afetou sua qualidade de vida? | (0-4) | (0-4) |
| 15a Você já sentiu incômodo para sentar-se com a prótese? | () | () |
| 15b Como isto afetou sua qualidade de vida? | (0-4) | (0-4) |

Problema

- 0 = Nenhum problema
- 1 = Problema leve
- 2 = Problema moderado
- 3 = Problema considerável
- 4 = Grande problema

Qualidade de vida

- 0 = Nenhuma redução na qualidade de vida
- 1 = Redução leve na qualidade de vida
- 2 = Redução moderada na qualidade de vida
- 3 = Redução considerável na qualidade de vida
- 4 = Redução extrema na qualidade de vida

(Cada item seguido pela pergunta “Como isto afetou sua qualidade de vida?”)

Problemas que independem do uso da prótese

| | Problema | Qualidade de vida |
|--|-----------------|--------------------------|
| 1. Você já sentiu dor fantasma? | () | () |
| 2. Você já sentiu dor no membro residual (coto) quando não estava usando a prótese? | () | () |
| 3. Você já sentiu dor lombar? | () | () |
| 4. Você já sentiu dor nos ombros? | () | () |
| 5. Você já sentiu dor em sua outra perna? | () | () |
| 6. Você já se incomodou com a aparência de seu membro residual (coto)? | () | () |
| 7. Você já se sentiu desconfortável em estar com outras pessoas sem a sua prótese? | () | () |
| 8. Você já teve dificuldades em utilizar o transporte público? | () | () |
| 9. Você já teve dificuldades para visitar locais públicos como cinema, teatro, museu ou quadra de esportes? | () | () |
| 10. Você já se sentiu incomodado por não conseguir ter as mãos livres ao usar um dispositivo auxiliar de marcha? | () | () |

Problemas relacionados ao uso da prótese

| | Problema | Qualidade de vida |
|--|-----------------|--------------------------|
| 11. Você já sentiu dor no membro residual (coto) ao caminhar ou ficar de pé? | () | () |
| 12. Você já teve dificuldade em colocar (vestir) ou retirar a prótese? | () | () |
| 13. Você já se sentiu inseguro com relação a fixação da prótese? | () | () |
| 14. Você já se sentiu incomodado por ruídos produzidos pelo encaixe da prótese? | () | () |
| 15. Você já sentiu desconforto para sentar com a prótese? | () | () |
| 16. Você já sentiu dificuldade para sentar no vaso sanitário utilizando a prótese? | () | () |
| 17. O uso da prótese já provocou feridas, assaduras ou irritações na pele? | () | () |
| 18. Você já teve dificuldade para manter boa higiene em seu membro residual (coto)? | () | () |
| 19. A prótese aumentou o desgaste de suas roupas? | () | () |
| 20. Você já teve dificuldade em direcionar e manter o controle da prótese? | () | () |
| 21. A prótese já impediu de andar rapidamente? | () | () |
| 22. A prótese já impediu de caminhar por trilhas ou campos? | () | () |
| 23. Você já sentiu incômodo com sua forma de caminhar (Ex.: mancando/requebrando)? | () | () |
| 24. Você já teve dificuldade em sentir em que tipo de superfícies está pisando/caminhando? | () | () |
| 25. Você já sentiu cansaço em seu membro residual (coto) ao caminhar com a prótese? | () | () |
| 26. Você já se sentiu incomodado com o peso da prótese? | () | () |
| 27. Você já se sentiu incomodado com a aparência da prótese (cor, forma, superfície)? | () | () |
| 28. Você já foi forçado a deixar de usar sua prótese? | () | () |

Problemas relacionados ao uso da prótese em diferentes condições climáticas

| | Problema | Qualidade de vida |
|--|----------|-------------------|
| 29. Durante o último verão, você se incomodou com calor/suor de seu membro residual (coto) enquanto usava a prótese? | () | () |
| 30. Durante o último inverno, você se incomodou com frio em seu membro residual (coto) enquanto usava a prótese? | () | () |

ESCORE GLOBAL

A. Como você resumiria seu nível de função (atividades cotidianas/do dia a dia) com a sua prótese atual?

(0) Muito baixo (1) Baixo (2) Mediano (3) Alto (4) Muito Alto

B. Como você resumiria os problemas que tem enfrentado com sua prótese atual?

(0) Extremo (1) Considerável (2) Mediano (3) Pequeno (4) Extremamente Pequeno

C. Como você resumiria sua situação geral como amputado?

(0) Extremamente ruim (1) Ruim (2) Mediana (3) Boa (4) Extremamente Boa