



Questionário Kohnen — SPI

Regiane de Paula Floriano — CRP 06/100895

Psicologia / Neuropsicologia / Sono

Síndrome das Pernas Inquietas — Impacto na Qualidade de Vida (KRLS-QoL)

O que é este questionário?

O Questionário Kohnen da Síndrome das Pernas Inquietas – Qualidade de Vida (KRLS-QoL), desenvolvido por Kohnen e colaboradores (2002) e validado em estudo multicêntrico publicado em 2016, avalia o impacto da Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) sobre o sono, o humor, as atividades cotidianas e a vida social, considerando as últimas quatro semanas.

Ele não substitui uma avaliação clínica, mas ajuda a compreender melhor como os sintomas da SPI têm afetado sua qualidade de vida.

Atenção: a tradução utilizada neste questionário é livre, feita para fins de acompanhamento clínico, e não segue os protocolos formais de tradução e adaptação transcultural exigidos para sua validação no Brasil. Deve ser usado apenas como ferramenta de apoio e acompanhamento — não como medida validada para fins diagnósticos formais.

Como responder: leia cada questão com atenção e marque apenas uma alternativa, considerando as **últimas quatro semanas**. Se você tiver outra condição de saúde além da SPI, tente responder considerando apenas os efeitos da SPI na sua qualidade de vida.

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Tópico 1: Efeito dos sintomas da SPI

1. Em que medida os sintomas da SPI atrapalham o seu sono?

Por exemplo: dificuldades em adormecer; despertares noturnos; dores à noite; despertar precoce matutino.

Nenhum pouco	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

2. Em que medida os sintomas da SPI prejudicam sua performance geral?

Por exemplo: profissão ou trabalho doméstico; planejamento da rotina diária ou atividades de prazer.

Nenhum pouco	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

3. Em que medida os sintomas da SPI prejudicam sua saúde mental / seu humor?

Por exemplo: desânimo, depressão, medo (de ir para a cama ou de piorar a SPI), agitação, tristeza.

Nenhum pouco	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

4. Os sintomas da SPI prejudicam suas atividades sociais?

Por exemplo: evitar ou reduzir atividades sociais por não querer ser um peso ou chamar atenção.

Nenhum pouco	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

Tópico 2: Distúrbio do sono e seus efeitos

5. Em que medida a falta de sono ou o sono ruim prejudicam suas atividades cotidianas?

Por exemplo: performance física ou de trabalho diminuída; dificuldade em planejar atividades diárias.

Nenhum pouco	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

6. Em que medida a sonolência diurna prejudica sua saúde mental / seu humor?

Por exemplo: sentimento de desgaste; redução da resistência; nervosismo; perda de concentração.

Nenhum pouco	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

Tópico 3: Efeitos de outros aspectos

7. Em que medida você se sente prejudicado pelos efeitos colaterais dos medicamentos para SPI?

Por exemplo: vômito e náusea; diarreia ou constipação; vertigem; pernas pesadas; boca seca.

Nenhum pouco	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

8. Em que medida a dor nas pernas ou braços prejudica seu bem-estar ou suas atividades cotidianas?

Nenhum pouco	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

Tópico 4: Seu jeito de gerenciar os sintomas da SPI

9. Se você adota algum método para aliviar os sintomas: qual o peso de realizar essas medidas?

Por exemplo: andar; levantar-se da cama à noite; massagear; enfaixar; resfriar/aquecer as pernas; ginástica.

Não se aplica	Muito leve	Leve	Moderado	Muito pesado	Extremamente pesado
0	1	2	3	4	5

10. Você evita certas atividades ou situações devido aos sintomas da SPI?

Por exemplo: sentar por longo período em viagens; ir ao teatro/cinema; situações de estresse ou agitação.

Nunca	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3	4	5

11. Se você mudou seu estilo de vida devido aos sintomas da SPI: em que medida se sente incomodado(a)?

Por exemplo: mudança na dieta, no sono, no trabalho; evitar atividades sociais.

Não mudei nada	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

Tópico 5: Ao final — sua qualidade de vida geral

12. Em resumo: em que medida os sintomas da SPI prejudicaram sua qualidade de vida nas últimas 4 semanas?

Considere sua saúde física e mental, sua performance geral, suas atividades cotidianas e sociais.

Nenhum pouco	Muito levemente	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
0	1	2	3	4	5

Pontuação final: soma dos 12 itens, variando de 0 a 60 (cada item vai de 0 = sem nenhum impacto a 5 = impacto extremo).