

## QUESTIONÁRIO SOBRE OS RESULTADOS DO PACIENTE

**Caro Sr.\Sra.**

Nos ficariamos muito gratos pela sua participação na nossa pesquisa sobre como os pacientes se sentem após um procedimento cirúrgico. O objetivo dessa pesquisa consiste em melhorar a abordagem do tratamento da dor pós-operatória nesta unidade.

A sua participação é voluntária e as informações que irá fornecer serão armazenadas de forma anônima, assim que entregar este questionário. Isso significa que seu nome ou qualquer outra forma de identificação serão eliminados do questionário depois de entregá-lo e não serão incluídos em nenhum dos nossos registros.

As suas respostas a este questionário não serão divulgadas com sua equipe médica ou de enfermagem.

A sua equipe irá cuidar de você da mesma forma, independentemente da sua participação na nossa pesquisa.

## QUESTIONÁRIO SOBRE OS RESULTADOS DO PACIENTE

As seguintes perguntas dizem respeito à dor que sentiu desde a cirurgia.

**P1.** De acordo com a escala abaixo, indique a **dor mais intensa** que sentiu desde a cirurgia:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

sem dor

pior dor possível

**P2.** De acordo com a escala abaixo, indique a **dor menos intensa** que sentiu desde a cirurgia:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

sem dor

pior dor possível

**P3.** Com que frequência sentiu **dor intensa** desde a cirurgia?

Assinale a percentagem que mais se aproxima do tempo em que sentiu **dor intensa**:

|    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

nunca senti dor intensa

dor intensa constante

**P4.** Assinale o número que melhor descreve o quanto **a dor interferiu ou impediu de você realizar as seguintes atividades...**

a. realizar atividades na cama, tais como virar, sentar, mudar de posição:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

não interferiu

interferiu por completo

b. respirar profundamente ou tossir

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

não interferiu

interferiu por completo

c. dormir

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

não interferiu

interferiu por completo

d. Já se levantou da cama desde a cirurgia?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, em que medida a **dor interferiu com ou impediu com que realizasse atividades fora da cama**, tais como andar, sentar-se na cadeira, ir até o banheiro :

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

não interferiu

interferiu por completo

## QUESTIONÁRIO SOBRE OS RESULTADOS DO PACIENTE

**P5.** A dor pode influenciar o nosso humor e as nossas emoções.  
Assinale o número que melhor descreve o impacto causado pela dor desde a cirurgia,  
**quanto a ...**

a. ansiedade

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**não causou**

**causou intensamente**

b. desespero

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**não causou**

**causou intensamente**

**P6.** Sentiu algum dos seguintes efeitos secundários desde a cirurgia?  
Se não, assinale "0"; se sim, assinale o número que melhor descreve a intensidade de cada um:

a. Náuseas

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**não senti**

**senti intensamente**

b. Sonolência

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**não senti**

**senti intensamente**

c. Coceira

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**não senti**

**senti intensamente**

d. Tonturas

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**não senti**

**senti intensamente**

**P7.** Qual o **nível de alívio da dor** sentido desde a cirurgia?  
Assinale a percentagem que melhor descreve o nível de alívio da dor sentido após todo seu  
**tratamento para dor** utilizado (tratamentos medicamentos e não medicamentos):

|    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 0% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

**nenhum alívio**

**alívio completo**

**P8.** Gostaria de ter recebido MAIS tratamentos para a dor do que recebeu?

☐ Sim ☐ Não

**P9.** Recebeu qualquer informação sobre as suas opções de tratamentos para a dor?

☐ Sim ☐ Não

## QUESTIONÁRIO SOBRE OS RESULTADOS DO PACIENTE

**P10.** Você participou em alguma tomada de decisão com relação aos seus tratamentos para dor tanto quanto gostaria?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

não, de modo algum

sim, completamente

**P11.** Assinale o número que melhor descreve o seu **grau de satisfação** com os resultados do seu **tratamento para a dor**, desde a cirurgia:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

extremamente insatisfeito(a)

extremamente satisfeito(a)

**P12.** Solicitou ou recebeu **tratamentos não medicamentosos** para aliviar a **dor**?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, **assinale todas as opções** aplicáveis:

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> gelo  | <input type="checkbox"/> meditação   | <input type="checkbox"/> respiração profunda    |
| <input type="checkbox"/> calor   | <input type="checkbox"/> acupuntura  | <input type="checkbox"/> orações                |
| <input type="checkbox"/> falar com profissionais de saúde                      | <input type="checkbox"/> caminhar    | <input type="checkbox"/> massagens              |
| <input type="checkbox"/> falar com amigos ou familiares                        | <input type="checkbox"/> relaxamento | <input type="checkbox"/> imagens e visualização |
| <input type="checkbox"/> TENS (Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea)      |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> distrações (por ex. ver televisão, ouvir música, ler) |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> outras (indique quais): <input type="text"/>          |                                      |   |

**P13.** Antes de vir ao hospital para realizar esta cirurgia, teve alguma dor persistente durante 3 meses ou mais?

☐ Sim ☐ Não

a. Se sim, **qual a intensidade** da **dor** na maior parte do tempo?

Assinale o número que mais se aproxima.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

sem dor

pior dor possível

b. Se sim, onde de situava essa dor persistente?

☐ no local da cirurgia ☐ outros locais ☐ ambos (no local da cirurgia e outros))

## Obrigado pelo seu tempo e sua participação

To be filled in by the research assistant

Research assistant code:

Patient was interviewed: ☐ Yes ☐ No

If yes, please mark the reason(s):

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Too ill / weak   | <input type="checkbox"/> Too much pain | <input type="checkbox"/> Requested assistance | <input type="checkbox"/> Did not understand scales |
| <input type="checkbox"/> Technical reasons (patient has no eyeglasses / is blind; can not sit up; is illiterate; arm is in cast; etc) |  |   |  |