

QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL DE DOR NA HEMOFILIA

Patrícia Ribeiro Pinto, Ana Cristina Paredes & Armando Almeida, 2018

Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Medicina, Universidade do Minho

A dor é um dos principais sintomas associados à hemofilia, que pode ser muito incapacitante. Para melhorar os cuidados prestados, é importante para todos os profissionais de saúde compreender melhor esta dor, pelo que gostaríamos que nos falasse da sua experiência com a dor relacionada com a hemofilia.

1. **Alguma vez** sentiu dores relacionadas com a hemofilia? Não Sim
2. Sentiu dores relacionadas com a hemofilia **no último ano**? Não Sim
(Se respondeu **NÃO**, o questionário termina aqui)

3. A dor relacionada com a hemofilia apareceu **há mais de 3 meses**? Não Sim
4. A dor relacionada com a hemofilia surge **mais do que uma vez por semana**? Não Sim

Pensando nas dores que sentiu no **último ano**:

Localização	Assinale todos os locais onde sente ou sentiu dor no último ano	Assinale o local que lhe dói ou doeu mais no último ano (Assinale apenas 1 opção)	Assinale o local cuja dor mais prejudicou a sua vida no último ano (teve maior impacto) (Assinale apenas 1 opção)
Ombro direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ombro esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotovelo direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotovelo esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulso direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulso esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anca direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anca esquerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joelho direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joelho esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tornozelo direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tornozelo esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras localizações:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No espaço abaixo, escreva (copie) o nome da **localização cuja dor mais prejudicou a sua vida no último ano e que assinalou na última coluna da tabela da página anterior** (Por exemplo, se na última coluna assinalou o espaço em frente à localização “joelho direito”, em baixo deverá escrever também “joelho direito”):

Responda agora, por favor, às seguintes questões
PENSANDO APENAS NA DOR DA LOCALIZAÇÃO QUE ESCREVEU ACIMA

5. Aproximadamente, **há quanto tempo** apareceu essa dor? _____
6. **Quando** costuma/costumava doer? (assinale todas as opções que se se aplicam)
- a) Quando me magoo ou tenho uma hemorragia
 - b) Quando faço esforços ou certos movimentos
 - c) Todas as semanas, mas tenho dias sem dor
 - d) Todos os dias, mas tenho momentos sem dor
 - e) A dor está sempre presente, é contínua e constante
 - f) Outro: _____
7. Quando foi a **última vez** que doeu?
- Hoje Na última semana No último mês Entre 1 e 6 meses Entre 6 e 12 meses
8. Em que **momento do dia** dói mais?
- Manhã Durante a tarde Final do dia À noite Depende
9. Quais as **razões ou motivos** que associa à dor? (assinale todas as opções que se se aplicam)
- a) A dor surge quando tenho uma hemorragia
 - b) A dor surge quando faço algum esforço e/ou durante o movimento, quando tenho que realizar tarefas (ex. pegar em pesos) ou andar
 - c) A dor surge quando subo ou desço escadas
 - d) A dor surge depois de descansar ou estar parado (ex. após estar muito tempo deitado, como de manhã ao acordar ou quando me levanto de uma cadeira)
 - e) A dor surge mesmo quando estou quieto, parado, sentado ou deitado (ex. à noite quando estou deitado na cama)
 - f) A dor surge se fizer algum movimento acidental (movimento em falso, “sem querer”)
 - g) A dor surge quando há mudança das condições atmosféricas (sensibilidade às mudanças de tempo)
 - h) A dor está sempre presente, independentemente das circunstâncias
 - i) Outro motivo: _____

10. Para cada uma das situações descritas abaixo, assinale com um círculo, na escala de 0 a 10, o número que melhor descreve a **intensidade de dor habitual** que costuma sentir **na localização que assinalou anteriormente**, sendo que o valor “zero” corresponde a ausência de dor e “dez” corresponde à pior dor que pode imaginar.

a. Episódios de hemorragia

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor ligeira			Dor moderada			Dor severa			A pior dor que pode imaginar

b. Quando faço algum esforço e/ou durante o movimento, quando tenho que realizar tarefas (ex. pegar em pesos) ou andar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor ligeira			Dor moderada			Dor severa			A pior dor que pode imaginar

c. Quando subo ou desço escadas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor ligeira			Dor moderada			Dor severa			A pior dor que pode imaginar

d. Depois de descansar ou estar parado (ex. após estar muito tempo deitado, como de manhã ao acordar ou quando me levanto de uma cadeira)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor ligeira			Dor moderada			Dor severa			A pior dor que pode imaginar

e. Quanto estou quieto, parado, sentado ou deitado (ex. à noite quando estou deitado na cama)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor ligeira			Dor moderada			Dor severa			A pior dor que pode imaginar

f. Quando faço algum movimento acidental (movimento em falso, “sem querer”)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor	Dor ligeira			Dor moderada			Dor severa			A pior dor que pode imaginar

11. Para cada uma das situações descritas abaixo, assinale com um círculo, na escala de 0 a 10, o número que melhor descreve a **interferência que a dor da articulação que assinalou anteriormente** costuma ter em cada uma das seguintes situações, sendo que o valor “zero” corresponde a nenhuma interferência e “dez” corresponde à máxima interferência.

a. Atividade Geral (todas as atividades do dia-a-dia)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência	Interfere ligeiramente			Interfere moderadamente			Interfere severamente			Interfere completamente

b. Disposição (humor, estado de ânimo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência	Interfere ligeiramente			Interfere moderadamente			Interfere severamente			Interfere completamente

c. Capacidade para andar a pé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência	Interfere ligeiramente			Interfere moderadamente			Interfere severamente			Interfere completamente

d. Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência	Interfere ligeiramente			Interfere moderadamente			Interfere severamente			Interfere completamente

e. Relações com outras pessoas (relacionamento com amigos, familiares ou colegas)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência	Interfere ligeiramente			Interfere moderadamente			Interfere severamente			Interfere completamente

f. Sono

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência	Interfere ligeiramente			Interfere moderadamente			Interfere severamente			Interfere completamente

g. Prazer de viver

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem interferência	Interfere ligeiramente			Interfere moderadamente			Interfere severamente			Interfere completamente

12. A tabela seguinte apresenta algumas **estratégias que as pessoas usam para aliviar a dor**. Assinale as estratégias que utiliza habitualmente, ou que já utilizou, e indique, numa **escala de 0% a 100%**, a percentagem de alívio que sente ou sentiu com cada uma delas.

	Faço ou já fiz isto	Percentagem de alívio (0% - 100%)
Medicação para as dores (analgésicos)/Pomadas*	<input type="checkbox"/>	_____ %
Gelo	<input type="checkbox"/>	_____ %
Descanso/Repouso	<input type="checkbox"/>	_____ %
Rezar/Orar	<input type="checkbox"/>	_____ %
Elevar a zona dolorosa/Mudar de posição	<input type="checkbox"/>	_____ %
Administração de fator	<input type="checkbox"/>	_____ %
Relaxamento	<input type="checkbox"/>	_____ %
Aplicação de calor	<input type="checkbox"/>	_____ %
Compressão	<input type="checkbox"/>	_____ %
Bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	_____ %
Fumar tabaco	<input type="checkbox"/>	_____ %
Drogas recreativas (ex. cannabis)	<input type="checkbox"/>	_____ %
Massagens terapêuticas	<input type="checkbox"/>	_____ %
Reiki/Meditação	<input type="checkbox"/>	_____ %
Produtos naturais/Homeopatia/Naturopatia	<input type="checkbox"/>	_____ %
Técnicas de distração (ex. ir fazer outra coisa que gosto)	<input type="checkbox"/>	_____ %
Procura de apoio/companhia de familiares e/ou amigos	<input type="checkbox"/>	_____ %

Outras estratégias para lidar com a dor:		
_____	<input type="checkbox"/>	_____ %
_____	<input type="checkbox"/>	_____ %
_____	<input type="checkbox"/>	_____ %

* Se assinalou esta opção, indique o nome da medicação para as dores (analgésicos) e/ou pomadas que costuma usar:

13. Assinale, na lista de especialidades / terapias assinaladas abaixo, as **que já consultou** (ou **gostaria de consultar**) para ajudar a lidar com a dor:

	Já consultei	Gostaria de consultar
Médicos da Hemofilia (Imunohemoterapeutas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico de família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortopedista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestesiologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meditação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro:		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OU Não consultei nenhuma destas especialidades / terapias para ajudar a lidar melhor com a dor

13. Globalmente, qual é o seu grau de **satisfação geral** em relação à forma como a sua dor tem sido tratada pelos profissionais de saúde?

Muito insatisfeito Insatisfeito Nem insatisfeito nem satisfeito Satisfeito Muito Satisfeito

VERIFIQUE POR FAVOR SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
Muito obrigado pela sua colaboração.