

11.4 Questionário de validação de conteúdo elaborado pela plataforma *QuestionPro*



Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é adaptar e validar um questionário de avaliação reumatológica que poderá ajudar a entender melhor como aprimorar a atividade médica a esta população tanto no atendimento presencial quanto a distância.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) Nº do projeto CEP-HCPA 2020-0602.

Ao prosseguir, você está ciente e concordando com a participação.

Este questionário inclui informações que não provêm de testes de sangue, raios X, ou de nenhuma outra fonte que não seja o próprio(a) paciente, por isso, uma compreensão de sua relevância e aplicabilidade são essenciais à sua implementação.

Por favor, tente responder a cada pergunta. Tente completar o máximo que você puder sozinho(a) mas, se precisar de ajuda, solicite.

Não há respostas certas ou erradas.

Por favor, responda exatamente o que pensa ou sente. Suas correções e observações são Bem-Vindas.

Obrigado(a).

*** PARA CADA ÍTEM ABAIXO, NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO OS CONSIDERA NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:**

Obs: Caso necessite sugerir alguma alteração ou deseje registrar uma observação, poderá ser feito ao final dos itens.

** Imagem ilustrativa de como o paciente visualiza esta sessão do questionário.*

	Sem NENHUMA dificuldade	Com ALGUMA dificuldade	Com MUITA dificuldade	NÃO CONSEGUIU fazer
Vestir-se sozinho, incluindo dar laços nos sapatos e abotoar roupas?	☐	☐	☐	☐
Deitar-se e levantar-se da cama?	☐	☐	☐	☐
Levar uma xícara ou copo cheio à sua boca?	☐	☐	☐	☐
Caminhar ao ar livre sobre a superfície plana?	☐	☐	☐	☐
Lavar e secar seu corpo inteiro?	☐	☐	☐	☐
Baixar-se para apanhar roupas no chão?	☐	☐	☐	☐
Abrir e fechar torneiras?	☐	☐	☐	☐
Entrar e sair de carros, ônibus, trens ou aviões?	☐	☐	☐	☐
Caminhar três quilômetros, se teve vontade?	☐	☐	☐	☐
Participar de atividades recreacionais e esportes quando teve vontade?	☐	☐	☐	☐

	NÃO RELEVANTE	POUCO RELEVANTE	MUITO RELEVANTE	MUITO RELEVANTE
Vestir-se sozinho, incluindo dar laços nos sapatos e abotoar roupas?	☐	☐	☐	☐
Deitar-se e levantar-se da cama?	☐	☐	☐	☐
Levar uma xícara ou copo cheio à sua boca?	☐	☐	☐	☐
Caminhar ao ar livre sobre a superfície plana?	☐	☐	☐	☐
Lavar e secar seu corpo inteiro?	☐	☐	☐	☐
Baixar-se para apanhar roupas no chão?	☐	☐	☐	☐
Abrir e fechar torneiras?	☐	☐	☐	☐
Entrar e sair de carros, ônibus, trens ou aviões?	☐	☐	☐	☐

Caminhar três quilômetros, se teve vontade?	☐	☐	☐	☐
Participar de atividades recreacionais e esportes quando teve vontade?	☐	☐	☐	☐
Dormir bem?	☐	☐	☐	☐
Lidar com sentimentos de ansiedade ou nervosismo?	☐	☐	☐	☐
Lidar com sentimentos de depressão ou desânimo?	☐	☐	☐	☐

Neste espaço você pode realizar qualquer observação que julgue necessária para MELHORAR A CLAREZA E COMPREENSÃO de cada ítem acima:

*** NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO VOCÊ CONSIDERA A ESCALA ABAIXO NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:**

Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ

Questões marcadas com * são obrigatórias

* Quanta dor você sentiu por causa de sua condição NA ÚLTIMA SEMANA? Por favor, indique abaixo o quão severa tem sido sua dor:

0 = SEM DOR 10 = DOR EXTREMA

O quão severa tem sido sua dor:

PRÓXIMO

Projeto de Pesquisa CEP-HCPA 2020-0602 do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica - HCPA / UFRGS



Neste espaço você pode realizar qualquer observação que julgue necessária para MELHORAR A CLAREZA E COMPREENSÃO da escala acima:

*** PARA CADA ÍTEM ABAIXO, NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO OS CONSIDERA NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:**

Obs: Caso necessite sugerir alguma alteração ou deseje registrar uma observação, poderá ser feito ao final dos itens.

** Imagem ilustrativa de como o paciente visualiza esta sessão do questionário.*

	NENHUMA	POUCA	MODERADA	FORTE
DEDOS DA MÃO ESQUERDA	☐	☐	☐	☐
PUNHO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
COTOVELO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
OMBRO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
QUADRIL ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
JOELHO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
TORNOZELO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
DEDOS DO PÉ ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
DEDOS DA MÃO DIREITA	☐	☐	☐	☐
PUNHO DIREITO	☐	☐	☐	☐
COTOVELO DIREITO	☐	☐	☐	☐

	NÃO RELEVANTE	POUCO RELEVANTE	RELEVANTE	MUITO RELEVANTE
DEDOS DA MÃO ESQUERDA	☐	☐	☐	☐
PUNHO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
COTOVELO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
OMBRO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
QUADRIL ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
JOELHO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
TORNOZELO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
DEDOS DO PÉ ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
DEDOS DA MÃO DIREITA	☐	☐	☐	☐
PUNHO DIREITO	☐	☐	☐	☐

COTOVELO DIREITO	☐	☐	☐	☐
OMBRO DIREITO	☐	☐	☐	☐
QUADRIL DIREITO	☐	☐	☐	☐
JOELHO DIREITO	☐	☐	☐	☐
TORNOZELO DIREITO	☐	☐	☐	☐
DEDOS DO PÉ DIREITO	☐	☐	☐	☐
PESCOÇO	☐	☐	☐	☐
COSTAS	☐	☐	☐	☐

Neste espaço você pode realizar qualquer observação que julgue necessária para MELHORAR A CLAREZA E COMPREENSÃO do item acima:

• NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO VOCÊ CONSIDERA A ESCALA ABAIXO NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:

Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ

Questões marcadas com * são obrigatórias

* Considerando todas as maneiras pelas quais a doença e as condições de saúde possam estar afetando você nesse momento, por favor indique abaixo como você se sente:

0 = MUITO BEM 10 = MUITO MAL

0 10

Como você se sente:

PRÓXIMO

Projeto de Pesquisa CEP-HCPA 2020-0602 do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica - HCPA / UFRGS



Neste espaço você pode realizar qualquer observação que julgue necessária para MELHORAR A CLAREZA E COMPREENSÃO da escala acima:

*** PARA CADA ÍTEM ABAIXO, NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO OS CONSIDERA NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:**

Obs: Caso necessite sugerir alguma alteração ou deseje registrar uma observação, poderá ser feito ao final dos itens.

** Imagem ilustrativa de como o paciente visualiza esta sessão do questionário.*

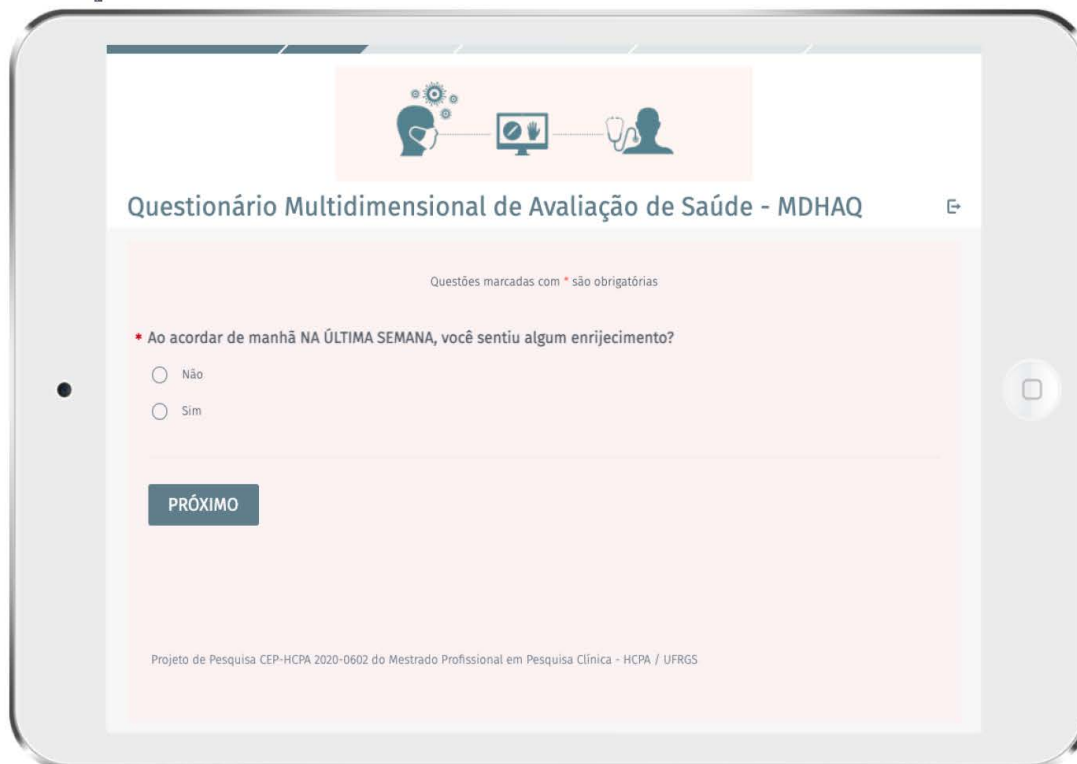
	NÃO RELEVANTE	POUCO RELEVANTE	RELEVANTE	MUITO RELEVANTE
Febre	☐	☐	☐	☐
Ganho de peso (> 4,5Kg)	☐	☐	☐	☐
Perda de peso (< 4,5Kg)	☐	☐	☐	☐
Sentiu-se adoecido	☐	☐	☐	☐
Dores de cabeça	☐	☐	☐	☐
Cansaço sem motivo aparente	☐	☐	☐	☐
Glândulas aumentadas	☐	☐	☐	☐
Perda de apetite	☐	☐	☐	☐
Erupções cutâneas ou urticária	☐	☐	☐	☐

Hematomas ou sangramentos de origem desconhecida	☐	☐	☐	☐
Outros problemas de pele	☐	☐	☐	☐
Perda de cabelo	☐	☐	☐	☐
Olhos ressecados	☐	☐	☐	☐
Outros problemas nos olhos	☐	☐	☐	☐
Problemas de audição	☐	☐	☐	☐
Zumbido nos ouvidos	☐	☐	☐	☐
Nariz entupido	☐	☐	☐	☐
Feridas na boca	☐	☐	☐	☐
Boca seca	☐	☐	☐	☐
Problemas com cheiro ou sabor	☐	☐	☐	☐
	NÃO RELEVANTE	POUCO RELEVANTE	RELEVANTE	MUITO RELEVANTE
Nó na garganta	☐	☐	☐	☐
Tosse	☐	☐	☐	☐
Falta de ar	☐	☐	☐	☐
Chiado ao respirar	☐	☐	☐	☐
Dor no peito	☐	☐	☐	☐
Palpitações	☐	☐	☐	☐
Dificuldade em engolir	☐	☐	☐	☐
Azia ou gases estomacais	☐	☐	☐	☐
Dor no estômago ou cólicas	☐	☐	☐	☐
Náusea	☐	☐	☐	☐
Vômitos	☐	☐	☐	☐
Intestino preso	☐	☐	☐	☐
Diarréia	☐	☐	☐	☐
Fezes escuras ou sanguinolentas	☐	☐	☐	☐
Dificuldade para urinar	☐	☐	☐	☐
Problemas ginecológicos (femininos)	☐	☐	☐	☐
Tontura	☐	☐	☐	☐
Perda do equilíbrio	☐	☐	☐	☐
Dores musculares ou cãibras	☐	☐	☐	☐
Fraqueza muscular	☐	☐	☐	☐
	NÃO RELEVANTE	POUCO RELEVANTE	RELEVANTE	MUITO RELEVANTE

Paralisia nos braços ou pernas	☐	☐	☐	☐
Dormência ou formigamento dos braços ou pernas	☐	☐	☐	☐
Desmaios	☐	☐	☐	☐
Inchaço das mãos	☐	☐	☐	☐
Inchaço dos tornozelos	☐	☐	☐	☐
Inchaço em outras articulações	☐	☐	☐	☐
Dor em articulações	☐	☐	☐	☐
Dores nas costas	☐	☐	☐	☐
Dor no pescoço	☐	☐	☐	☐
Fez uso de medicamentos que não são vendidos em farmácias	☐	☐	☐	☐
Fumou cigarros	☐	☐	☐	☐
Tomou mais de 2 doses de álcool por dia	☐	☐	☐	☐
Depressão - Sentindo-se melancólico	☐	☐	☐	☐
Ansiedade - Sentindo-se nervoso	☐	☐	☐	☐
Dificuldades para raciocinar	☐	☐	☐	☐
Dificuldades com a memória	☐	☐	☐	☐
Dificuldades para dormir	☐	☐	☐	☐
Disfunções sexuais	☐	☐	☐	☐
Queimação nos órgãos sexuais	☐	☐	☐	☐
Dificuldades com atividades sociais	☐	☐	☐	☐

Neste espaço você pode realizar qualquer observação que julgue necessária para MELHORAR A CLAREZA E COMPREENSÃO aos itens acima:

• NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO VOCÊ CONSIDERA A QUESTÃO ABAIXO NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:



The screenshot shows a tablet displaying the 'Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ'. At the top, there is a header with three icons: a head with gears, a computer monitor, and a person with a stethoscope. Below the header, the title 'Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ' is displayed. A note states 'Questões marcadas com * são obrigatórias'. The main question is: '* Ao acordar de manhã NA ÚLTIMA SEMANA, você sentiu algum enrijecimento?'. There are two radio button options: 'Não' and 'Sim'. Below the options is a 'PRÓXIMO' button. At the bottom of the screen, the text 'Projeto de Pesquisa CEP-HCPA 2020-0602 do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica - HCPA / UFRGS' is visible.

 NÃO RELEVANTE

 POUCO RELEVANTE

 RELEVANTE

 MUITO RELEVANTE

• NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO VOCÊ CONSIDERA A QUESTÃO ABAIXO NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:

Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ

Questões marcadas com * são obrigatórias

* Por favor, indique o número de minutos ou horas até que você estivesse flexível o suficiente para realizar suas atividades.

PRÓXIMO

Projeto de Pesquisa CEP-HCPA 2020-0602 do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica - HCPA / UFRGS

Powered by QuestionPro

 NÃO RELEVANTE

 POUCO RELEVANTE

 RELEVANTE

 MUITO RELEVANTE

• **NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO VOCÊ CONSIDERA A QUESTÃO ABAIXO NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:**

Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ

Questões marcadas com * são obrigatórias

* Como se sente HOJE comparado a UMA SEMANA ATRÁS?

Muito Melhor Melhor na Mesma Pior Muito Pior do que uma semana atrás

PRÓXIMO

Projeto de Pesquisa CEP-HCPA 2020-0602 do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica - HCPA / UFRGS

 NÃO RELEVANTE
  POUCO RELEVANTE
  RELEVANTE
  MUITO RELEVANTE

Neste espaço você pode realizar qualquer observação que julgue necessária para MELHORAR A CLAREZA E COMPREENSÃO do item acima:

• NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO VOCÊ CONSIDERA A QUESTÃO ABAIXO NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:

Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ

Questões marcadas com * são obrigatórias

* Com que frequência você faz exercícios aeróbicos (transpira, tem a frequência cardíaca aumentada, dificuldades para respirar) por no mínimo meia-hora (30 minutos)?

☐ 3 ou mais vezes na semana

☐ 1-2 vezes na semana

☐ 1-2 vezes no mês

☐ Não se exercita regularmente

☐ Não pode exercitar-se devido à alguma incapacidade

PRÓXIMO



NÃO RELEVANTE



POUCO RELEVANTE



RELEVANTE



MUITO RELEVANTE

Neste espaço você pode realizar qualquer observação que julgue necessária para MELHORAR A CLAREZA E COMPREENSÃO da pergunta acima:

• NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO VOCÊ CONSIDERA A ESCALA ABAIXO NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:

Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ

Questões marcadas com * são obrigatórias

* Quão problemático tem sido o cansaço ou a fadiga sem motivo aparente para você na última semana?

0- FADIGA NÃO É UM PROBLEMA 10- FADIGA É UM GRANDE PROBLEMA

0 10

PRÓXIMO

Projeto de Pesquisa CEP-HCPA 2020-0602 do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica - HCPA / UFRGS



NÃO RELEVANTE



POUCO RELEVANTE



RELEVANTE



MUITO RELEVANTE

Neste espaço você pode realizar qualquer observação que julgue necessária para MELHORAR A CLAREZA E COMPREENSÃO da escala acima:

*** PARA CADA ÍTEM ABAIXO, NA SUA COMPREENSÃO, INDIQUE COMO OS CONSIDERA NA AVALIAÇÃO AO PACIENTE:**

Obs: Caso necessite sugerir alguma alteração ou deseje registrar uma observação, poderá ser feito ao final dos itens.

** Imagem ilustrativa de como o paciente visualiza esta sessão do questionário.*

Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ

Questões marcadas com * são obrigatórias

* Nos últimos 6 meses você teve:

	Não	Sim
Uma cirurgia ou doença nova	☐	☐
Urgência médica ou passou a noite em hospital	☐	☐
Uma queda, fratura, ou outro acidente ou trauma	☐	☐
Um sintoma novo ou problema médico importante	☐	☐
Efeitos colaterais a algum medicamento ou droga	☐	☐
Fumou cigarros regularmente	☐	☐
Mudança(s) de artrite ou outra medicação	☐	☐
Mudança(s) de endereço	☐	☐
Mudança(s) de estado civil	☐	☐
Mudança de emprego ou de tarefas no trabalho, saiu do trabalho, aposentou-se.	☐	☐
Mudanças de plano de saúde	☐	☐

	NÃO RELEVANTE	POUCO RELEVANTE	RELEVANTE	MUITO RELEVANTE
Uma cirurgia ou doença nova	☐	☐	☐	☐
Urgência médica ou passou a noite em hospital	☐	☐	☐	☐
Uma queda, fratura, ou outro acidente ou trauma	☐	☐	☐	☐
Um sintoma novo ou problema médico importante	☐	☐	☐	☐
Efeitos colaterais a algum medicamento ou droga	☐	☐	☐	☐
Fumou cigarros regularmente	☐	☐	☐	☐
Mudança(s) de artrite ou outra medicação	☐	☐	☐	☐

Mudança(s) de endereço	☐	☐	☐	☐
Mudança(s) de estado civil	☐	☐	☐	☐
Mudança de emprego ou de tarefas no trabalho, saiu do trabalho, aposentou-se.	☐	☐	☐	☐
Mudança de plano de saúde	☐	☐	☐	☐
Mudança de atendimento de urgência ou de um outro médico	☐	☐	☐	☐

Neste espaço você pode realizar qualquer observação que julgue necessária para MELHORAR A CLAREZA E COMPREENSÃO dos itens acima:

▪ **SOBRE VOCÊ:**

- ☐ Sou Reumatologista
- ☐ Sou médico (a) generalista ou de outras especialidades
- ☐ Sou Enfermeiro (a)
- ☐ Sou Agente Comunitário
- ☐ Sou Paciente
- ☐ Sou Familiar de Paciente

▪ **Sexo**

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ NA

▪ **Grupo étnico / Raça**

- ☐ Branca
- ☐ Preta
- ☐ Parda
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena

▪ Por favor indique o número de anos escolares que você completou

A
e

Seus dados

▪ Nome

▪ Sobrenome

Endereço de email

▪ Data de seu Nascimento

*Como você considerou este questionário?

	DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO E NEM	CONCORDO	CONCORDO FORTEMENTE
1) Eu acho que gostaria de usar esse questionário com frequência.	☐	☐	☐	☐	☐
2) Eu acho o questionário desnecessariamente complexo.	☐	☐	☐	☐	☐
3) Eu achei o questionário fácil de usar.	☐	☐	☐	☐	☐
4) Eu acho que precisaria de ajuda de uma pessoa com conhecimentos técnicos para usar o questionário.	☐	☐	☐	☐	☐
5) Eu acho que as várias funções do questionário estão muito bem integradas.	☐	☐	☐	☐	☐
6) Eu acho que o questionário apresenta muita inconsistência.	☐	☐	☐	☐	☐
7) Eu imagino que as pessoas aprenderão como usar esse questionário rapidamente.	☐	☐	☐	☐	☐
8) Eu achei o questionário atrapalhado de usar.	☐	☐	☐	☐	☐
9) Eu me senti confiante ao usar o questionário.	☐	☐	☐	☐	☐
10) Eu precisei aprender várias coisas novas antes de conseguir usar o questionário.	☐	☐	☐	☐	☐

*Você o consideraria uma boa maneira de avaliar os sintomas dos pacientes com doenças reumatológicas?



SIM



NÃO

11.5 Questionário MDHAQ/RAPID3 elaborado pela plataforma *QuestionPro*



Questionário Multidimensional de Avaliação de Saúde - MDHAQ

Este questionário inclui informações que não provêm de testes de sangue, raios X, ou de nenhuma outra fonte que não seja você próprio(a). Por favor, tente responder a cada pergunta mesmo que ache que a mesma não se aplica a você neste momento. Tente completar o máximo que você puder sozinho(a) mas, se precisar de ajuda, solicite. Não há respostas certas ou erradas. Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados. Por favor, responda exatamente o que pensa ou sente. Obrigado(a).

Seus dados

Nome

Sobrenome

Telefone

Prontuário

Data de seu Nascimento

*** Por favor, marque UMA melhor resposta sobre suas habilidades neste momento: DURANTE A ÚLTIMA SEMANA, você conseguiu:**

	Sem NENHUMA dificuldade	Com ALGUMA dificuldade	Com MUITA dificuldade	NÃO CONSEGUIU fazer
(Q1R) Vestir-se sozinho, inclusive amarrar os cordões dos seus sapatos, abotoar as suas roupas?	☐	☐	☐	☐
Lavar a cabeça e os cabelos?	☐	☐	☐	☐
Levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	☐	☐	☐	☐
(Q2R) Deitar-se e levantar-se da cama?	☐	☐	☐	☐
Cortar um pedaço de carne?	☐	☐	☐	☐
(Q3R) Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?	☐	☐	☐	☐
Abrir um saco de leite comum?	☐	☐	☐	☐
(Q4R) Caminhar em lugares planos?	☐	☐	☐	☐
Subir cinco degraus?	☐	☐	☐	☐
(Q5R) Lavar o corpo inteiro e secá-lo após o banho?	☐	☐	☐	☐
Tomar um banho de chuveiro?	☐	☐	☐	☐
Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	☐	☐	☐	☐

Levantar os braços e pegar um objeto de mais ou menos 2,5 quilos, que está posicionado um pouco acima de sua cabeça?	☐	☐	☐	☐
(Q6R) Curvar-se para pegar as roupas no chão?	☐	☐	☐	☐
Segurar-se em pé no ônibus ou no metrô?	☐	☐	☐	☐
Abrir potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos?	☐	☐	☐	☐
(Q7R) Abrir e fechar torneiras?	☐	☐	☐	☐
Fazer compras na redondeza onde mora?	☐	☐	☐	☐
(Q8R) Entrar e sair de um ônibus?	☐	☐	☐	☐
Realizar tarefas como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água?	☐	☐	☐	☐
	Sem NENHUMA dificuldade	Com ALGUMA dificuldade	Com MUITA dificuldade	NÃO CONSEGUIU fazer
(Q9R) Caminhar 3 quilômetros, se tiver vontade?	☐	☐	☐	☐
(Q10R) Participar de atividades recreacionais e esportes quando teve vontade?	☐	☐	☐	☐
(Q11R) Dormir bem?	☐	☐	☐	☐

(Q12R) Lidar com
sentimentos de
ansiedade ou
nervosismo?

☐☐☐☐

(Q13R) Lidar com
sentimentos de
depressão ou
desânimo?

☐☐☐☐

*** Quanta dor você sentiu por causa de sua condição NA ÚLTIMA SEMANA? Por favor, indique abaixo o quão severa tem sido sua dor:**

O quão severa tem sido sua dor:



*** Por favor marque o espaço que indica a QUANTIDADE DE DOR que você está tendo hoje em cada uma das áreas de articulações listadas abaixo:**

	NENHUMA	POUCA	MODERADA	FORTE
DEDOS DA MÃO ESQUERDA	☐	☐	☐	☐
PUNHO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
COTOVELO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
OMBRO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
QUADRIL ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
JOELHO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
TORNOZELO ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
DEDOS DO PÉ ESQUERDO	☐	☐	☐	☐
DEDOS DA MÃO DIREITA	☐	☐	☐	☐
PUNHO DIREITO	☐	☐	☐	☐
COTOVELO DIREITO	☐	☐	☐	☐
OMBRO DIREITO	☐	☐	☐	☐
QUADRIL DIREITO	☐	☐	☐	☐
JOELHO DIREITO	☐	☐	☐	☐
TORNOZELO DIREITO	☐	☐	☐	☐
DEDOS DO PÉ DIREITO	☐	☐	☐	☐
PESCOÇO	☐	☐	☐	☐
COSTAS	☐	☐	☐	☐

*** Considerando todas as maneiras pelas quais a doença e as condições de saúde possam estar afetando você nesse momento, por favor indique abaixo como você se sente:**

Como você se sente:



*** Por favor marque se você experimentou algum dos seguintes sintomas NO ÚLTIMO MÊS:**

- ☐ Febre
- ☐ Ganho de peso ($> 4,5\text{Kg}$)
- ☐ Perda de peso ($< 4,5\text{Kg}$)
- ☐ Sentiu-se adoecido
- ☐ Dores de cabeça
- ☐ Cansaço sem motivo aparente
- ☐ Glândulas aumentadas
- ☐ Perda de apetite
- ☐ Erupções cutâneas ou urticária
- ☐ Hematomas ou sangramentos de origem desconhecida
- ☐ Outros problemas de pele
- ☐ Perda de cabelo
- ☐ Olhos ressecados
- ☐ Outros problemas nos olhos
- ☐ Problemas de audição
- ☐ Zumbido nos ouvidos
- ☐ Nariz entupido
- ☐ Feridas na boca
- ☐ Boca seca
- ☐ Problemas com cheiro ou sabor
- ☐ Nó na garganta

- ☐ Tosse
- ☐ Falta de ar
- ☐ Chiado ao respirar
- ☐ Dor no peito
- ☐ Palpitações
- ☐ Dificuldade em engolir
- ☐ Azia ou gases estomacais
- ☐ Dor no estômago ou cólicas
- ☐ Náusea
- ☐ Vômitos
- ☐ Intestino preso
- ☐ Diarréia
- ☐ Fezes escuras ou sanguinolentas
- ☐ Dificuldade para urinar
- ☐ Problemas ginecológicos (femininos)
- ☐ Tontura
- ☐ Perda do equilíbrio
- ☐ Dores musculares ou câimbras
- ☐ Fraqueza muscular
- ☐ Paralisia nos braços ou pernas
- ☐ Dormência ou formigamento dos braços ou pernas
- ☐ Desmaios
- ☐ Inchaço das mãos

- ☐ Inchaço dos tornozelos
- ☐ Inchaço em outras articulações
- ☐ Dor em articulações
- ☐ Dores nas costas
- ☐ Dor no pescoço
- ☐ Fez uso de medicamentos que não são vendidos em farmácias
- ☐ Fumou cigarros
- ☐ Tomou mais de 2 doses de alcóolicos por dia
- ☐ Depressão - Sentido-se melancólico
- ☐ Ansiedade - Sentindo-se nervoso
- ☐ Dificuldades para raciocinar
- ☐ Dificuldades com a memória
- ☐ Dificuldades para dormir
- ☐ Disfunções sexuais
- ☐ Queimação nos órgãos sexuais
- ☐ Dificuldades com atividades sociais
- ☐ **Por favor marque aqui se você não teve nenhum dos sintomas acima no último mês.**

*** Ao acordar de manhã NA ÚLTIMA SEMANA, você sentiu algum enrijecimento?**

- ☐ Não
- ☐ Sim

* Por favor, indique o número de **minutos ou horas** até que você estivesse flexível o suficiente para realizar suas atividades.

* **Como se sente HOJE comparado a UMA SEMANA ATRÁS?**

Muito
Melhor

☐

Melhor

☐

na Mesma

☐

Pior

☐

Muito
Pior do
que
uma
semana
atrás

☐

* **Com que frequência você faz exercícios aeróbicos** (transpira, tem a frequência cardíaca aumentada, dificuldades para respirar) **por no mínimo meia-hora** (30 minutos)?

- ☐ 3 ou mais vezes na semana
- ☐ 1-2 vezes na semana
- ☐ 1-2 vezes no mês
- ☐ Não se exercita regularmente
- ☐ Não pode exercitar-se devido à alguma incapacidade

***Quão problemático tem sido o cansaço ou a fadiga sem motivo aparente para você na última semana?**

A horizontal slider bar with a light gray background. A blue circular marker is positioned at the far left end of the bar, indicating a value of 0. The bar itself is a thin gray line.

*** Nos últimos 6 meses você teve:**

	Não	Sim
Uma cirurgia ou doença nova	☐	☐
Urgência médica ou passou a noite em hospital	☐	☐
Uma queda, fratura, ou outro acidente ou trauma	☐	☐
Um sintoma novo ou problema médico importante	☐	☐
Efeitos colaterais a algum medicamento ou droga	☐	☐
Fumou cigarros regularmente	☐	☐
Mudança(s) de artrite ou outra medicação	☐	☐
Mudança(s) de endereço	☐	☐
Mudança(s) de estado civil	☐	☐
Mudança de emprego ou de tarefas no trabalho, saiu do trabalho, aposentou-se.	☐	☐
Mudança de plano de saúde	☐	☐
Mudança de atendimento de urgência ou de um outro médico	☐	☐

Por favor explique qualquer "Sim" que tenha marcado acima, ou mencione qualquer outro problema de saúde que tenha lhe afetado:

***Sexo**

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

***Grupo étnico / Raça**

- ☐ Amarelo
- ☐ Preto
- ☐ Indígena
- ☐ Branco
- ☐ Pardo

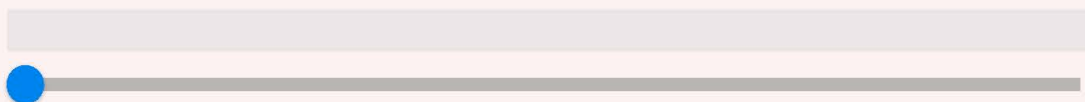
Sua Ocupação:

Condição de trabalho:

- ☐ Integral
- ☐ Parcial (Meio Turno)
- ☐ Não habilitado (Incapaz ou Afastado)
- ☐ Do lar
- ☐ Autônomo
- ☐ Aposentado
- ☐ Procurando trabalho
- ☐ Outro

Por favor circule (indique) o número de anos escolar que você completou

Anos escolares

A horizontal slider control. It consists of a light gray rectangular track. A blue circular knob is positioned at the far left end of the track, indicating zero years of schooling.**Por favor escreva o seu peso (Kg)****e altura (cm)**

*Como você considerou preencher este questionário?



Fácil



Difícil

*Você o consideraria uma boa maneira de avaliar seus sintomas?



SIM



NÃO

Projeto de Pesquisa CEP-HCPA 2020-0602 do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica - HCPA / UFRGS