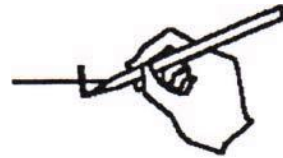


Nº de Estudo _____
Data _____

Questionário de Avaliação de Prótese



©1998, Prosthetics Research Study

Seattle, WA, USA

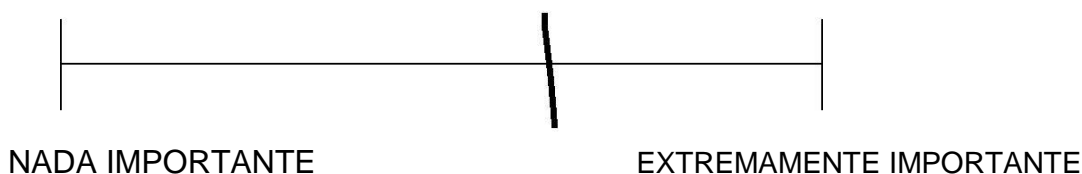
Instruções

Enquanto lê cada pergunta, lembre-se que não existe resposta certa ou errada. Pense apenas na SUA PRÓPRIA OPINIÃO sobre o tópico e faça uma marca ATRAVÉS da linha, em qualquer ponto ao longo da mesma, entre as duas extremidades, para nos mostrar a sua opinião.

Se utiliza próteses diferentes para diferentes actividades, por favor, escolha A QUE USA MAIS frequentemente e responda a todas as perguntas considerando apenas essa prótese.

Exemplo

Quão importante é para si tomar café de manhã?



Avalie o seu café matinal ao longo das últimas quatro semanas.

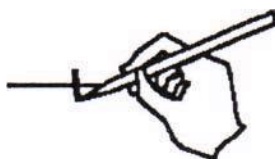


OU assinale Não bebi café de manhã ao longo das últimas quatro semanas.

Este exemplo mostra que a pessoa que respondeu a estas questões considera importante tomar café de manhã. Esta pessoa também considera que o café que tem tomado ultimamente não tem sido muito bom.

Se não tivesse bebido café nas últimas quatro semanas, colocaria uma marca junto a essa afirmação, em vez de fazer uma marca na linha entre TERRÍVEL e EXCELENTE.

Como no exemplo, faça uma marca através da linha, em vez de usar um X ou um O.

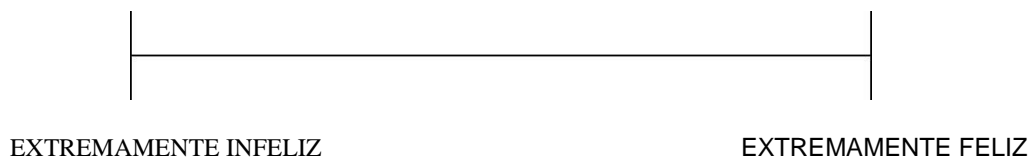


Por favor, responda a todas as perguntas.

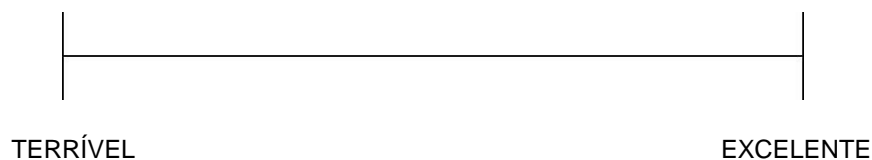
Grupo 1

Estas primeiras perguntas são sobre a SUA PRÓTESE.

A. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quão feliz se sente com a sua prótese actual.



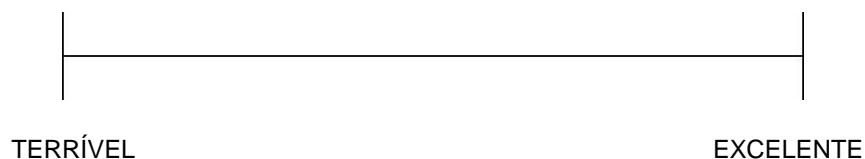
B. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie o ajuste da sua prótese.



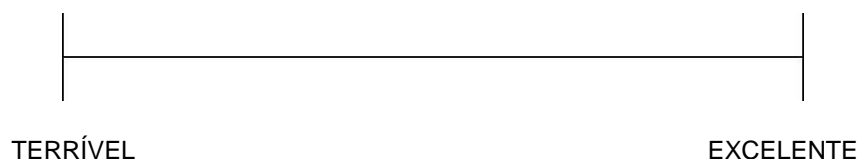
C. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie o peso da sua prótese.



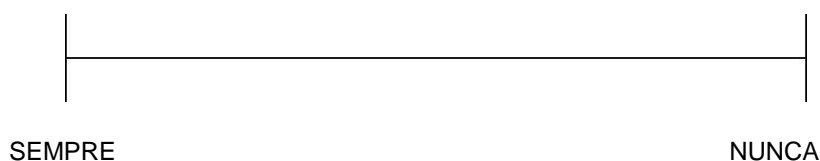
D. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie o conforto quando em pé e utilizando a sua prótese.



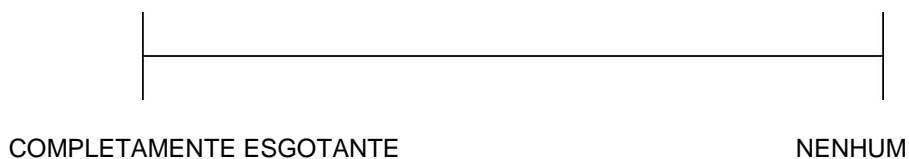
E. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie o conforto quando sentado e utilizando a sua prótese.



F. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie com que frequência perdeu o equilíbrio utilizando a sua prótese.



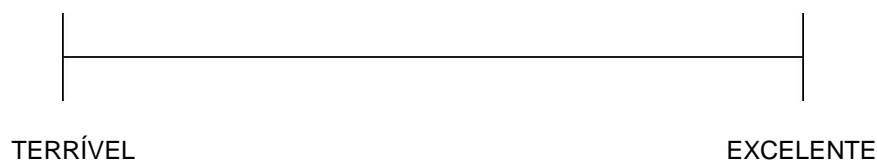
G. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie o esforço necessário para utilizar a sua prótese durante o tempo que precisa.



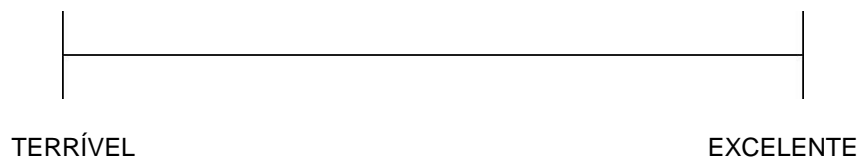
H. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sensação transmitida do seu coto dentro da prótese (ex: temperatura e a textura) e da (meia ou do liner ou do encaixe) no seu coto.



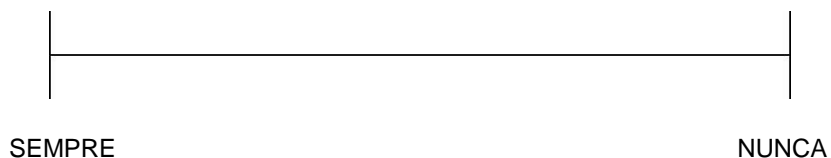
I. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a facilidade de colocação da sua prótese.



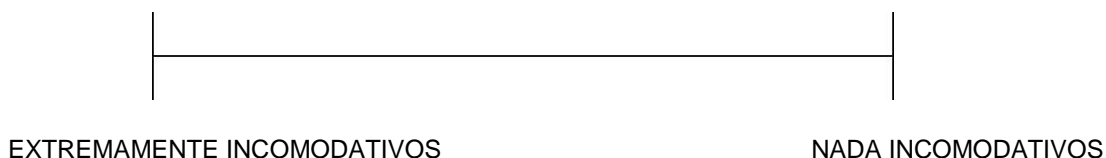
J. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie o aspecto da sua prótese.



K. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie com que frequência a sua prótese rangeu, estalou ou fez sons de flatulência.

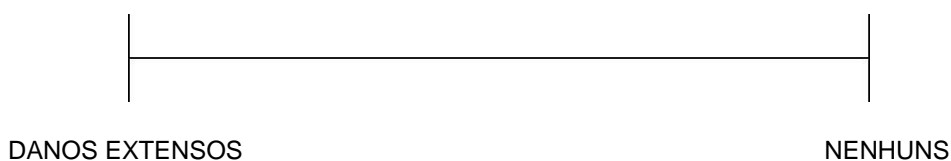


L. Se a sua prótese fez algum som nas últimas quatro semanas, avalie quão incomodativos foram esses sons para si.

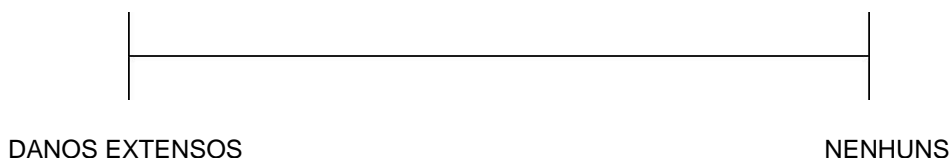


OU assinale ___ Não fez sons nenhuns.

M. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie os danos causados pela sua prótese ao seu vestuário



N. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie os danos causados ao revestimento cosmético da sua prótese.



OU assinale ___ A minha prótese não tem revestimento cosmético.

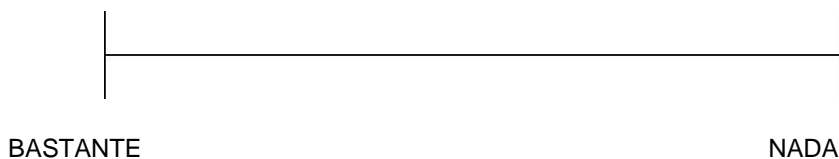
O. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade para usar sapatos da sua preferência (alturas e estilos diferentes).



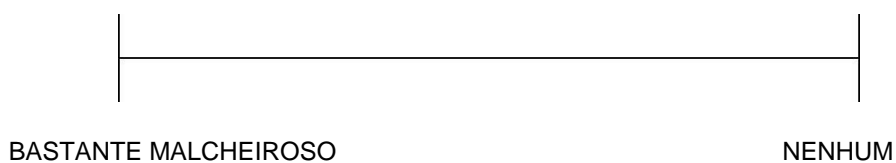
P. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie as limitações de escolha de vestuário impostas pela sua prótese.



Q. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie o quão transpira dentro da sua prótese (na meia, liner, encaixe).



R. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie o mau cheiro da sua prótese no seu pior.



S. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quanto tempo o seu coto esteve inchado ao ponto de mudar o ajuste da sua prótese.



T. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie qualquer irritação no seu coto.

EXTREMAMENTE INCOMODATIVA NADA INCOMODATIVA

OU assinale__ Não verifiquei quaisquer erupções cutâneas no meu coto durante o último mês.

U. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quaisquer pêlos encravados (espinhas) existentes no seu coto.

EXTREMAMENTE INCOMODATIVO NADA INCOMODATIVO

OU assinale__ Não tive quaisquer pêlos encravados no meu coto durante o último mês.

V. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quaisquer bolhas ou feridas existentes no seu coto.

EXTREMAMENTE INCOMODATIVO NADA INCOMODATIVO

OU assinale__ Não tive quaisquer bolhas ou feridas no meu coto durante o último mês.

Grupo 2

A próxima seção aborda *SENSAÇÕES CORPORAIS BASTANTE ESPECÍFICAS*.

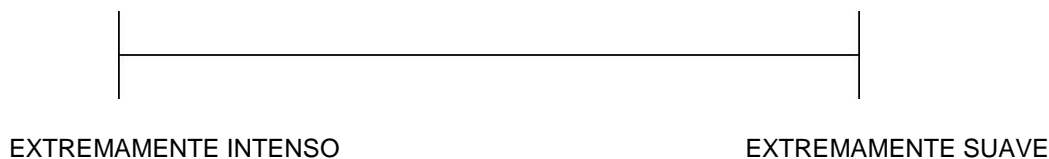
Aqui estão as nossas definições:

1. *SENSAÇÕES*, como “pressão”, “cócegas” ou uma sensação de posição ou localização, como os dedos dos pés a enrolar. Os amputados descrevem sensações no seu membro em falta (fantasma) como a de “sentir o meu pé (ausente) embrulhado em algodão”.
2. A *DOR* é uma sensação mais extrema, descrita com termos como “tiro”, “queimar”, “facada”, “aguda” ou “dor”.
3. O *MEMBRO FANTASMA* refere-se à parte que está em falta. As pessoas têm relatado sensações e/ou dor na parte do membro que foi amputada, ou seja, no seu membro fantasma.
4. O *MEMBRO RESIDUAL (COTO)* refere-se à porção do membro amputado que está ainda fisicamente presente.

CONSIDERANDO AS SENSações NO SEU MEMBRO FANTASMA

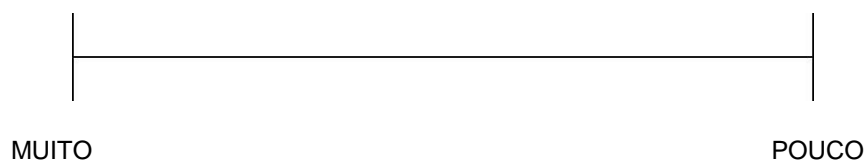
- A. **Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quantas vezes teve sensações não dolorosas no seu membro fantasma.**
- a. ___ nunca
 - b. ___ apenas uma ou duas vezes
 - c. ___ algumas vezes (cerca de 1 vez por semana)
 - d. ___ frequentemente (2,3 vezes por semana)
 - e. ___ muito frequentemente (4-6 vezes por semana)
 - f. ___ várias vezes por dia
 - g. ___ sempre ou quase sempre

- B. **Se teve sensações não dolorosas no seu membro fantasma durante o último mês, avalie a sua intensidade média.**



OU assinale ___ Não tive sensações não dolorosas no meu membro fantasma.

- C. **Ao longo do último mês, quão incomodativas foram estas sensações no seu membro fantasma?**



OU assinale ___ Não tive sensações não dolorosas no meu membro fantasma.

CONSIDERANDO A DOR NO SEU MEMBRO FANTASMA


D. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie com que frequência sentiu dor no seu membro fantasma.

- a. nunca
- b. apenas uma ou duas vezes
- c. algumas vezes (cerca de 1 vez por semana)
- d. frequentemente (2,3 vezes por semana)
- e. muito frequentemente (4-6 vezes por semana)
- f. várias vezes por dia
- g. sempre ou quase sempre

E. Normalmente, quanto tempo dura a dor no seu membro fantasma?

- a. não sinto dor
- b. alguns segundos
- c. alguns minutos
- d. entre alguns minutos e uma hora
- e. várias horas
- f. um dia ou dois
- g. mais do que dois dias

F. Se sentiu alguma dor no seu membro fantasma, avalie a sua intensidade média.

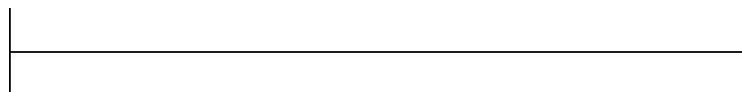


EXTREMAMENTE INTENSA

EXTREMAMENTE SUAVE

OU assinale Não senti dor no meu membro fantasma.

G. Nas últimas quatro semanas, quão incomodativa foi a dor no seu membro fantasma?



EXTREMAMENTE INCOMODATIVA

EXTREMAMENTE SUAVE

OU assinale Não senti dor no meu membro fantasma.

CONSIDERANDO A DOR NO SEU MEMBRO RESIDUAL (COTO)

H. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie com que frequência sentiu dor no seu coto.

- a. ___ nunca
- b. ___ apenas uma ou duas vezes
- c. ___ algumas vezes (cerca de 1 vez por semana)
- d. ___ frequentemente (2,3 vezes por semana)
- e. ___ muito frequentemente (4-6 vezes por semana)
- f. ___ várias vezes por dia
- g. ___ sempre ou quase sempre

I. Se sentiu alguma dor no seu coto durante o último mês, avalie a sua intensidade média.



OU assinale ___ Não senti dor no meu coto.

J. Nas últimas quatro semanas, quão incomodativa foi a dor no seu coto?



OU assinale ___ Não senti dor no meu coto.

CONSIDERANDO A DOR NO SEU OUTRO MEMBRO, NÃO AMPUTADO, PERNA OU PÉ

K. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie com que frequência sentiu dor na sua outra perna ou pé.

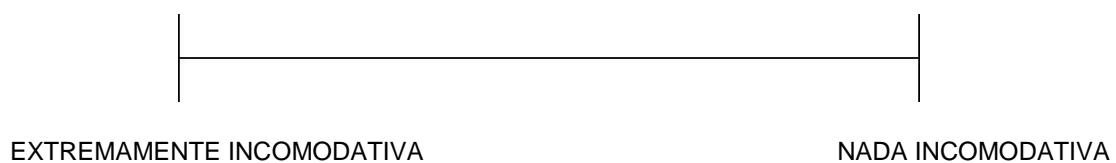
- a. ___ nunca
- b. ___ apenas uma ou duas vezes
- c. ___ algumas vezes (cerca de 1 vez por semana)
- d. ___ frequentemente (2,3 vezes por semana)
- e. ___ muito frequentemente (4-6 vezes por semana)
- f. ___ várias vezes por dia
- g. ___ sempre ou quase sempre

L. Se sentiu alguma dor na sua outra perna ou pé durante o último mês, avalie a sua intensidade média.



OU assinale ___ Não senti dor na minha outra perna ou pé.

M. Nas últimas quatro semanas, quão incomodativa foi a dor na sua outra perna ou pé?



OU assinale ___ Não senti dor na minha outra perna ou pé.

CONSIDERANDO AS DORES DE COSTAS

N. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie com que frequência teve dores de costas.

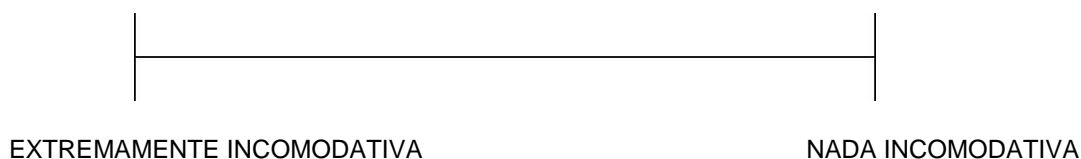
- a. ___ nunca
- b. ___ apenas uma ou duas vezes
- c. ___ algumas vezes (cerca de 1 vez por semana)
- d. ___ frequentemente (2,3 vezes por semana)
- e. ___ muito frequentemente (4-6 vezes por semana)
- f. ___ várias vezes por dia
- g. ___ sempre ou quase sempre

O. Se sentiu alguma dor de costas durante o último mês, avalie a sua intensidade média.



OU assinale ___ Não senti dor de costas.

P. Nas últimas quatro semanas, quão incomodativa foi a dor de costas?

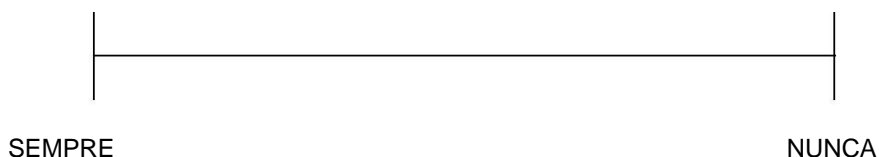


OU assinale ___ Não senti dor de costas.

Grupo 3

Esta secção é relativa a alguns dos ASPECTOS SOCIAIS E EMOCIONAIS NA UTILIZAÇÃO DE UMA PRÓTESE.

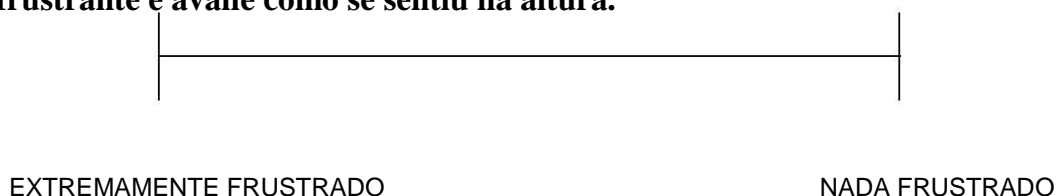
A. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie com que frequência a vontade de evitar reacções de estranhos à sua prótese o impediu de fazer algo que, de outra forma, faria.



B. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie com que frequência se sentiu frustrado com a sua prótese.



C. Se se sentiu frustrado com a sua prótese durante o último mês, pense no acontecimento mais frustrante e avalie como se sentiu na altura.



OU assinale ___ Não me senti frustrado com a minha prótese.

Entendemos que por vezes terá tantas experiências positivas como negativas com as pessoas mais próximas de si. Por favor, tente responder a estas questões considerando todas as reacções que teve.

D. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie como o seu companheiro reagiu à sua prótese.

|-----|

MUITO MAL MUITO BEM

OU assinale ___ Não tenho um companheiro.

E. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie como esta reacção afectou a vossa relação.

|-----|

MUITO MAL MUITO BEM

OU assinale ___ Não tenho um companheiro.

F. Pense em dois familiares próximos (para além do seu companheiro) e indique o seu grau de parentesco (ex: mãe ou filho).

#1 _____ #2 _____

OU assinale ___ Não tenho familiares próximos.

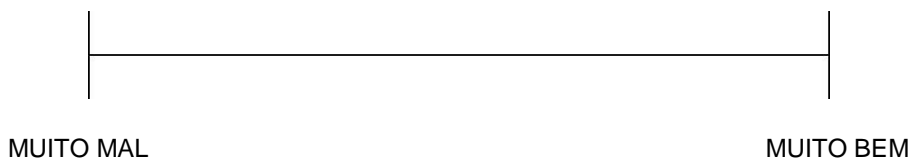
G. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie como o familiar nº1 reagiu à sua prótese.

|-----|

MUITO MAL MUITO BEM

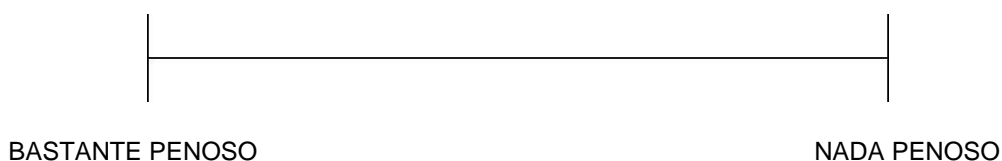
OU assinale ___ Não tenho familiares próximos.

H. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie como o familiar nº2 reagiu à sua prótese.



OU assinale ___ Não tenho familiares próximos.

I. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quanto a sua prótese tem sido um fardo para o seu companheiro ou os seus familiares.



OU assinale ___ Não tenho um companheiro ou familiares próximos.

J. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quanto o prejudicou socialmente ter uma prótese.



K. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de cuidar de outra pessoa (p. ex. o seu companheiro, uma criança, ou um amigo).



OU assinale ___ Não cuida de outra pessoa.

Grupo 4

Esta secção é relativa à sua **CAPACIDADE DE DESLOCAÇÃO**.

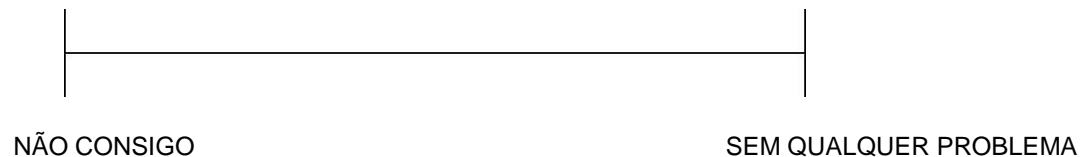
- A.** Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de andar *utilizando a sua prótese*.



- B.** Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de andar em espaços apertados *utilizando a sua prótese*.



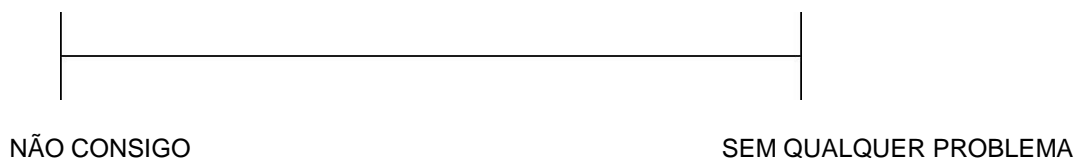
- C.** Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de subir escadas *utilizando a sua prótese*.



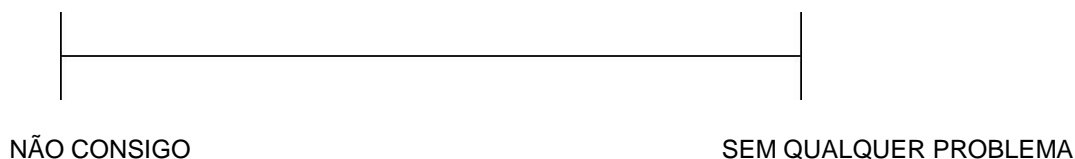
- D.** Ao longo das últimas quatro semanas, avalie como se sentiu em relação a ser capaz de descer escadas *utilizando a sua prótese*.



E. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de subir um terreno íngreme *utilizando a sua prótese*.



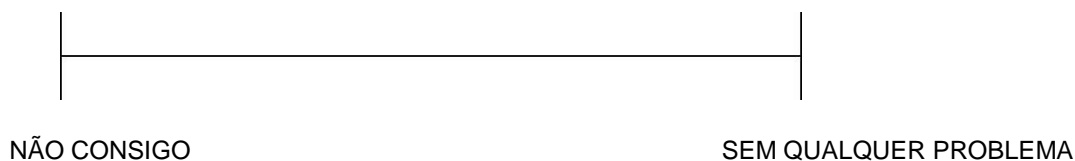
F. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de descer um terreno íngreme *utilizando a sua prótese*.



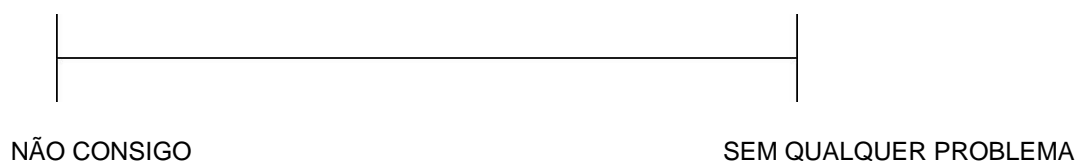
G. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de andar em passeios e ruas *utilizando a sua prótese*.



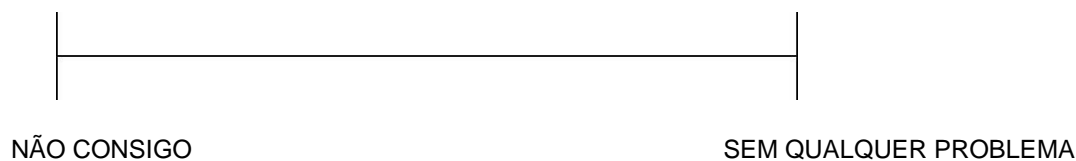
H. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de andar em pisos escorregadios (p. ex. azulejo molhado, neve, uma rua molhada ou o convés de um barco) *utilizando a sua prótese*.



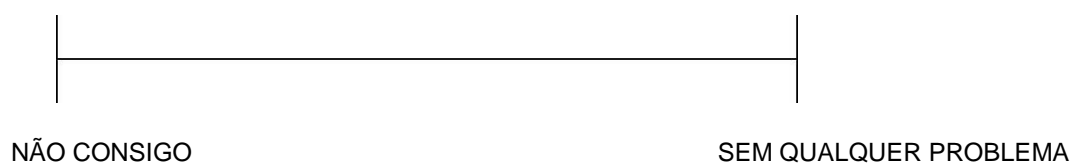
I. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade para entrar e sair de um carro *utilizando a sua prótese*.



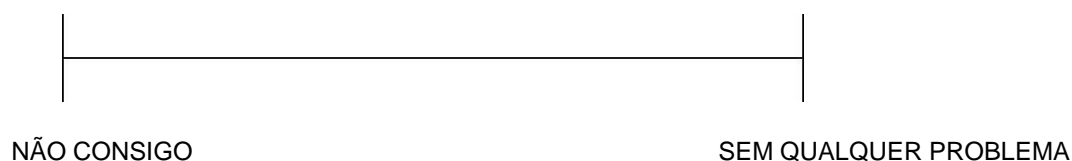
J. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade para se sentar ou levantar de uma cadeira alta (p. ex. uma cadeira de jantar, uma cadeira de cozinha, uma cadeira de escritório).



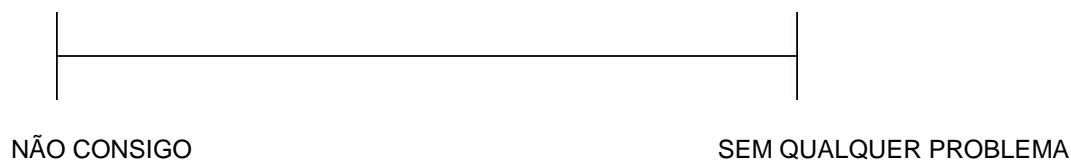
K. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade para se sentar ou levantar de uma cadeira baixa ou mole (p. ex. uma poltrona ou um sofá fundo).



L. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade para se sentar ou levantar da sanita.



M. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade para tomar duche ou tomar banho em segurança.



Grupo 5

A secção seguinte pergunta sobre sua **SATISFAÇÃO COM SITUAÇÕES PARTICULARES**, dado que tem uma amputação.

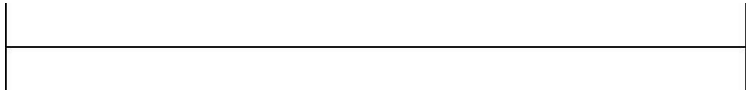
A. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quão satisfeito está com a sua prótese.



EXTREMAMENTE INSATISFEITO

EXTREMAMENTE SATISFEITO

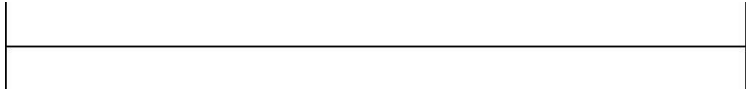
B. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quão satisfeito está com a forma como caminha.



EXTREMAMENTE INSATISFEITO

EXTREMAMENTE SATISFEITO


C. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quão satisfeito está com a forma como tudo decorreu desde a sua amputação.



EXTREMAMENTE INSATISFEITO

EXTREMAMENTE SATISFEITO

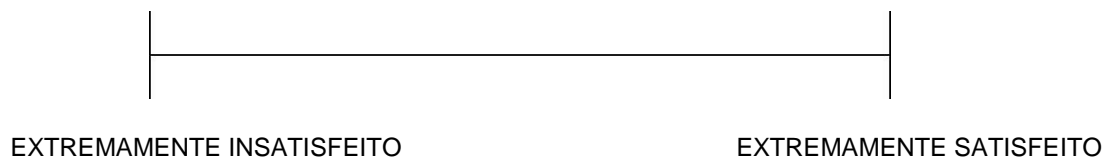
D. Ao longo das últimas quatro semanas, como classificaria a sua qualidade de vida?



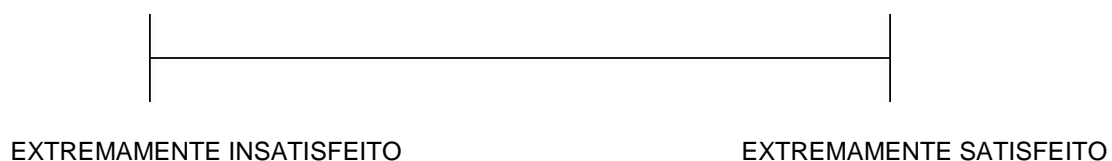
A PIOR VIDA POSSÍVEL

A MELHOR VIDA POSSÍVEL

E. Quão satisfeito está com a pessoa que ajustou a sua prótese actual?

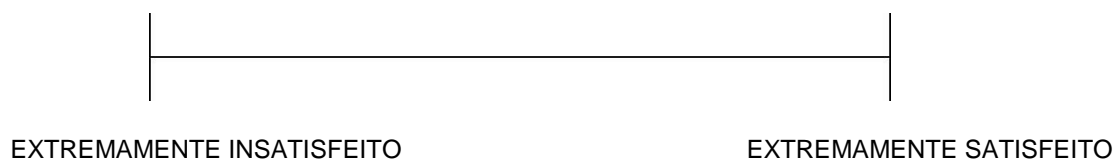


F. Quão satisfeito está com a formação que recebeu relativamente à utilização da sua prótese actual?



OU assinale __ Não tive qualquer formação relativamente à minha prótese actual.

G. No geral, quão satisfeito está com o seu andar e a formação protésica que recebeu desde a sua amputação.

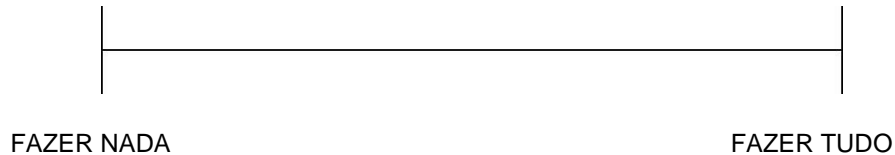


OU assinale __ Não recebi qualquer formação desde a minha amputação.

Grupo 6

Esta próxima secção pede-lhe para avaliar a sua capacidade para REALIZAR ACTIVIDADES QUOTIDIANAS quando está a ter problemas com a sua prótese.

A. Quando o ajuste da minha prótese é inadequado, eu consigo...



B. Quando a minha prótese é desconfortável, eu consigo...



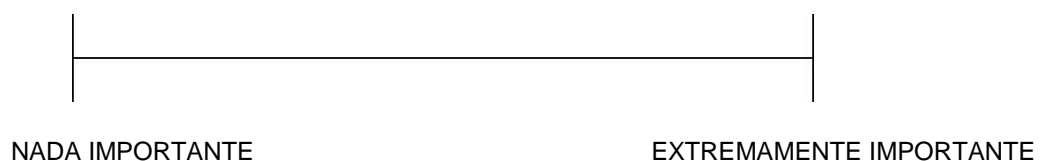
C. Sem a minha prótese, eu consigo...



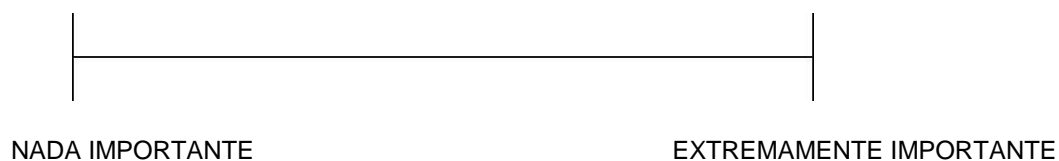
Grupo 7

Esta última secção pede-lhe para avaliar a IMPORTÂNCIA de diferentes aspectos (ou qualidades) da experiência com a sua prótese.

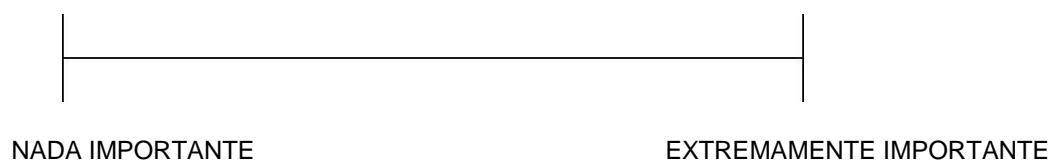
A. Quão importante é para si que o peso da prótese pareça certo?



B. Quão importante é para si a facilidade de colocação da sua prótese?



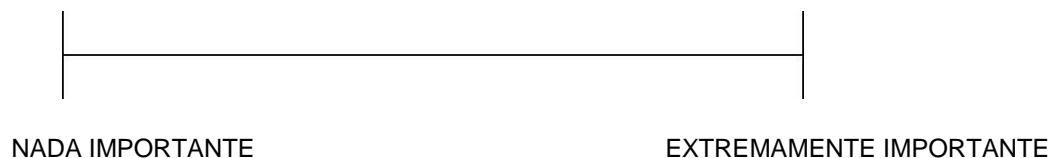
C. Quão importante é para si a aparência da sua prótese (o aspecto)?



D. Quão importante é para si poder usar diferente tipo de calçado (alturas e estilos)?



E. Quão importante é para si que o revestimento cosmético da sua prótese seja durável (não se rasgar, amolgar, riscar-se facilmente, ou descolorar)?

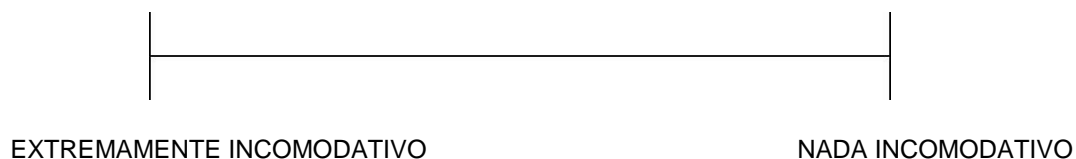


OU assinale __ A minha prótese não tem revestimento cosmético.

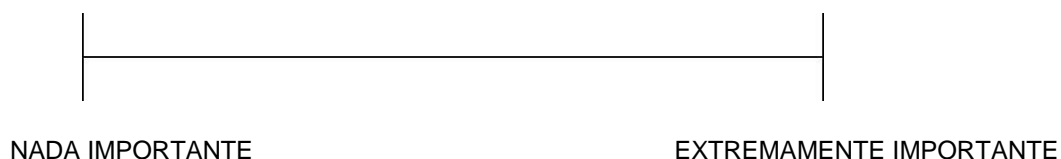
F. Quão incomodativo é para si quando sua muito dentro da sua prótese (na meia, liner, encaixe)?



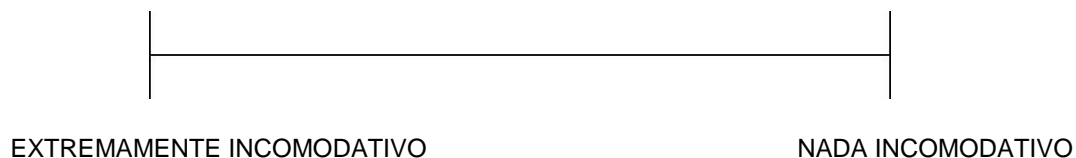
G. Quão incomodativo é para si quando o seu coto incha?



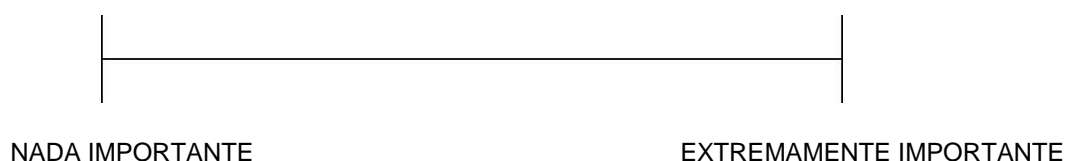
H. Quão importante é para si evitar ter pêlos encravados (espinhas) no seu coto?



I. Quão incomodativo é para si ver pessoas a olhar para si e para a sua prótese?



J. Quão importante é para si conseguir subir um terreno íngreme?



Notas Finais

A. Se alguma das opções seguintes ocorreu nas últimas quatro semanas, por favor, assinale e faça uma breve descrição:

___ um grave problema de saúde (seu)

___ uma notável mudança na dor

___ um grave problema pessoal (seu)

___ um grave problema de família

___ outra grande mudança que ocorreu na sua vida

Se assinalou algum dos cinco itens anteriores, por favor, faça uma breve descrição.

B. Por favor, compartilhe conosco algo mais sobre si ou a sua prótese, que julga ser útil sabermos (continue no verso desta página se precisar de mais espaço).

MUITO OBRIGADO!

Agradecimento: Medição de limitações funcionais existentes em levantar e sentar: Desenvolvimento de um questionário. Arch Phys Med Rehabil 1996;77:663-669 pela sua influência nas perguntas

4-J, 4-K e 4-L.