

Escala de Resultados em Cuidados Paliativos (Palliative Outcome Scale - POS)

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Data de avaliação: ____ / ____ / ____

Local de avaliação: _____

Por favor, responda as seguintes perguntas marcando um "x" no quadrado ao lado da resposta que for mais verdadeira para você. Suas respostas nos ajudarão a melhorar o seu atendimento e de outras pessoas. Obrigado.

1. Nos últimos 3 dias, alguma dor incomodou você?
 1. () Não, nem um pouco
 2. () Levemente, praticamente não me incomodou
 3. () Moderadamente, chegou a me limitar em alguma atividade
 4. () Gravemente, afetou bastante minha concentração e/ou atividades diárias
 5. () Insuportavelmente, fui incapaz de pensar em qualquer outra coisa
2. Nos últimos 3 dias, outros sintomas, como, por exemplo, enjoo, tosse, prisão de ventre, dentre outros, atrapalharam você?
 1. () Não, nenhum outro sintoma me afetou
 2. () Levemente, praticamente não me incomodou
 3. () Sim, moderadamente
 4. () Sim, gravemente
 5. () Sim, insuportavelmente
3. Nos últimos 3 dias, você se sentiu ansioso ou preocupado com sua doença ou tratamento?
 1. () Não, nem um pouco
 2. () Pouquíssimas vezes
 3. () Algumas vezes, nessas vezes atrapalharam minha concentração
 4. () Na maior parte do tempo, atrapalhou frequentemente minha concentração
 5. () Não consegui pensar em mais nada, fiquei totalmente preocupado e ansioso
4. Nos últimos 3 dias, algum familiar ou amigo seu sentiu-se preocupado com você?
 1. () Não, ninguém
 2. () Pouquíssimas vezes
 3. () Algumas vezes, nessas vezes, a ansiedade e preocupação atrapalharam a concentração deles
 4. () Na maior parte do tempo
 5. () Sim, eles parecem estar o tempo todo preocupados comigo
5. Nos últimos 3 dias, quanta informação foi dada a você ou a sua família, amigos, acompanhantes sobre sua doença?
 1. () Recebemos todas as informações, sempre me senti à vontade para perguntar o que quisesse
 2. () Recebemos informações, mas tivemos dificuldade em entendê-las
 3. () Recebemos informações quando pedimos, mas gostaríamos de ter tido mais informações
 4. () Recebemos poucas informações e algumas perguntas não foram respondidas
 5. () Nenhuma informação foi recebida, mas gostaríamos de ter recebido

6. Nos últimos 3 dias, você conseguiu dividir com sua família, amigos ou acompanhante como estava se sentindo?
1. ☐ Sim, compartilhei tudo o que quis
 2. ☐ Na maioria das vezes sim
 3. ☐ Algumas vezes
 4. ☐ Pouquíssimas vezes
 5. ☐ Não compartilhei nada com ninguém
7. Nos últimos 3 dias, você sentiu que a sua vida vale a pena?
1. ☐ Sim, o tempo todo
 2. ☐ Sim, na maior parte do tempo
 3. ☐ Algumas vezes
 4. ☐ Pouquíssimas vezes
 5. ☐ Não, nem um pouco
8. Nos últimos 3 dias, você se sentiu bem com você mesmo?
1. ☐ Sim, o tempo todo
 2. ☐ Sim, na maior parte do tempo
 3. ☐ Algumas vezes
 4. ☐ Pouquíssimas vezes
 5. ☐ Não, nem um pouco
9. Nos últimos 3 dias, quanto tempo você gastou com compromissos relacionados à sua saúde como, por exemplo, esperando por transporte ou repetindo exames?
1. ☐ Não gastei nenhum tempo
 2. ☐ Gastei até a metade de um dia
 3. ☐ Gastei mais da metade de um dia
10. Nos últimos 3 dias, foi resolvido algum problema financeiro ou pessoal, relacionado à sua doença?
1. ☐ Meus problemas estão sendo resolvidos e estão em dia como eu gostaria
 2. ☐ Meus problemas estão sendo resolvidos
 3. ☐ Meus problemas existem e não foram resolvidos
 4. ☐ Não tenho problemas
11. Se você teve algum problema, financeiro ou pessoal, quais foram os principais no últimos dias?
-
12. Como você respondeu esse questionário?
1. ☐ Sozinho
 2. ☐ Com ajuda de um acompanhante ou familiar
 3. ☐ Com ajuda de alguém da equipe de saúde

Total: ____ de 40 pontos possíveis.

Fonte:

CORREIA, Fernanda Ribeiro. Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS). 2012.