

## Inquérito CAHPS® Sobre Centros de Cuidados Paliativos

Responda às questões do inquérito sobre os cuidados que o doente recebeu neste centro de cuidados paliativos:

[NAME OF HOSPICE]

**Todas as questões deste inquérito irão cobrir as experiências neste centro de cuidados paliativos.**

Se desejar obter mais informações sobre este inquérito, ligue para [TOLL FREE NUMBER].  
Todas as chamadas para este número são grátis.

OMB# 0938-1257

Expira em 31 de dezembro de 2023

**Dê este inquérito à pessoa no seu agregado familiar que melhor conhece os cuidados paliativos recebidos pela pessoa indicada na carta de apresentação do inquérito.**

## INSTRUÇÕES DO INQUÉRITO

- ◆ Utilize uma caneta de cor escura para preencher o inquérito.
- ◆ Coloque um X diretamente dentro do quadrado indicando a resposta, como no exemplo a seguir.
  - Sim
  - Não
- ◆ Por vezes, ser-lhe-á pedido que salte algumas questões neste inquérito. Quando tal acontecer, verá uma seta com uma nota indicando que questão deve responder a seguir, como se mostra a seguir:
  - Sim → **Se Sim, passe para a Questão 1**
  - Não

### O DOENTE DO CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

**1. Qual a sua relação com a pessoa indicada na carta de apresentação do inquérito?**

- <sup>1</sup>  Meu cônjuge ou parceiro
- <sup>2</sup>  Meu pai ou mãe
- <sup>3</sup>  Meu sogro ou sogra
- <sup>4</sup>  Meu avô ou avó
- <sup>5</sup>  Meu tio ou tia
- <sup>6</sup>  Meu irmão ou irmã
- <sup>7</sup>  Meu filho ou filha
- <sup>8</sup>  Meu amigo ou amiga
- <sup>9</sup>  Outro (escrever em letras de imprensa):  
\_\_\_\_\_

**2. Neste inquérito, "familiar" refere-se à pessoa indicada na carta de apresentação do inquérito. Em que locais o seu familiar recebeu cuidados neste centro? Selecione um ou mais.**

- <sup>1</sup>  Casa
- <sup>2</sup>  Unidades de residência assistida
- <sup>3</sup>  Casa de repouso
- <sup>4</sup>  Hospital
- <sup>5</sup>  Unidades de cuidados paliativos
- <sup>6</sup>  Outro (escrever em letras de imprensa):  
\_\_\_\_\_

---

## O SEU PAPEL

---

3. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência participou ou supervisionou os cuidados prestados?

- 1  Nunca → Se Nunca, passe para a  
Questão 41
- 2  Por vezes
- 3  Frequentemente
- 4  Sempre

---

## OS CUIDADOS PALIATIVOS DO SEU FAMILIAR

---

Ao responder às restantes questões deste inquérito, pense na experiência do seu familiar no centro de cuidados paliativos indicado na carta de apresentação.

4. Neste inquérito, a equipa do centro de cuidados paliativos inclui todos os enfermeiros, médicos, assistentes sociais, capelães e outras pessoas que prestaram cuidados paliativos ao seu familiar. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, precisou de contactar a equipa do centro durante a noite, fins de semana ou feriados para tirar dúvidas ou obter assistência com os cuidados do seu familiar?

- 1  Sim
- 2  Não → Se Não, passe para a  
Questão 6

5. Com que frequência obteve a assistência de que necessitou da parte da equipa do centro de cuidados paliativos durante a noite, fins de semana ou feriados?

- 1  Nunca
- 2  Por vezes
- 3  Frequentemente
- 4  Sempre

6. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o manteve informado sobre quando iria chegar para prestar cuidados ao seu familiar?

- 1  Nunca
- 2  Por vezes
- 3  Frequentemente
- 4  Sempre

7. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, quando pediu ou quando o seu familiar pediu assistência da parte da equipa do centro de cuidados paliativos, com que frequência a obteve assim que precisou dela?

- 1  Nunca
- 2  Por vezes
- 3  Frequentemente
- 4  Sempre

**8. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos explicou as coisas de uma forma fácil de compreender?**

- 1  Nunca  
2  Por vezes  
3  Frequentemente  
4  Sempre

**9. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o manteve informado sobre a condição do seu familiar?**

- 1  Nunca  
2  Por vezes  
3  Frequentemente  
4  Sempre

**10. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência um membro da equipa do centro de cuidados paliativos lhe deu informação confusa ou contraditória sobre a condição ou cuidados do seu familiar?**

- 1  Nunca  
2  Por vezes  
3  Frequentemente  
4  Sempre

**11. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos tratou o seu familiar com dignidade e respeito?**

- 1  Nunca  
2  Por vezes  
3  Frequentemente  
4  Sempre

**12. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência sentiu que a equipa do centro de cuidados paliativos realmente se importava com o seu familiar?**

- 1  Nunca  
2  Por vezes  
3  Frequentemente  
4  Sempre

**13. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, falou com a equipa do centro de cuidados paliativos sobre quaisquer problemas com os cuidados paliativos prestados ao seu familiar?**

- 1  Sim  
2  Não → Se Não, passe para a  
**Questão 15**

**14. Com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o escutou atentamente quando lhe falou sobre problemas com os cuidados paliativos prestados ao seu familiar?**

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

**15. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) sentiu qualquer dor?**

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a  
Questão 17

**16. O seu familiar recebeu a assistência para as dores que necessitava?**

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

**17. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) tomou algum medicamento para as dores?**

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a  
Questão 21

**18. Os efeitos secundários dos medicamentos para as dores incluem efeitos secundários, como sonolência. Algum membro da equipa do centro de cuidados paliativos discutiu consigo, ou com o seu familiar, os efeitos secundários dos medicamentos para as dores?**

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

**19. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre que efeitos secundários dos medicamentos para as dores deveria vigiar?**

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

**20. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre se e quando deveria dar mais medicamentos para as dores ao seu familiar?**

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

<sup>4</sup>  Não tive de dar medicamento para as dores ao meu familiar

21. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) teve problemas a respirar ou recebeu tratamento para a dificuldade em respirar?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a  
Questão 24

22. Com que frequência o seu familiar obteve a assistência necessária para a dificuldade em respirar?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

23. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre como ajudar o seu familiar caso ele(a) tivesse problemas a respirar?

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

<sup>4</sup>  Não precisei de dar assistência ao meu familiar para a dificuldade em respirar

24. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) teve problemas de prisão de ventre?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a  
Questão 26

25. Com que frequência o seu familiar obteve a assistência necessária para problemas de prisão de ventre?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

26. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) mostrou sentimentos de ansiedade ou tristeza?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a  
Questão 28

27. Com que frequência o seu familiar obteve a assistência necessária por parte da equipa do centro de cuidados paliativos para sentimentos de ansiedade ou tristeza?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

28. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) alguma vez ficou inquieto(a) ou agitado(a)?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a  
Questão 30

**29. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre o que fazer se o seu familiar ficasse inquieto ou agitado?**

- <sup>1</sup>  Sim, sem dúvida  
<sup>2</sup>  Sim, de certa forma  
<sup>3</sup>  Não

**30. Mover o seu familiar inclui atividades como ajudá-lo a virar-se na cama, a ir para a cama ou a sair da mesma ou a levantar-se e sentar-se numa cadeira de rodas. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre como mover o seu familiar de forma segura?**

- <sup>1</sup>  Sim, sem dúvida  
<sup>2</sup>  Sim, de certa forma  
<sup>3</sup>  Não  
<sup>4</sup>  Não tive de mover o meu familiar

**31. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a informação desejada sobre o que esperar enquanto o seu familiar estivesse a morrer?**

- <sup>1</sup>  Sim, sem dúvida  
<sup>2</sup>  Sim, de certa forma  
<sup>3</sup>  Não

---

## CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS EM CASA DE REPOUSO

---

**32. Algumas pessoas recebem cuidados paliativos quando estão a viver numa casa de repouso. O seu familiar recebeu cuidados paliativos deste centro quando ele(a) estava a viver numa casa de repouso?**

- <sup>1</sup>  Sim  
<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a  
Questão 35

**33. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência as equipas da casa de repouso e do centro de cuidados paliativos colaboraram eficientemente nos cuidados prestados ao seu familiar?**

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Por vezes  
<sup>3</sup>  Frequentemente  
<sup>4</sup>  Sempre

**34. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a informação que recebeu sobre o seu familiar da equipa da casa de repouso diferiu da informação que recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos?**

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Por vezes  
<sup>3</sup>  Frequentemente  
<sup>4</sup>  Sempre

---

**A SUA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA  
COM O CENTRO DE CUIDADOS  
PALIATIVOS**

---

**35. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o escutou atentamente?**

- <sup>1</sup>  Nunca  
<sup>2</sup>  Por vezes  
<sup>3</sup>  Frequentemente  
<sup>4</sup>  Sempre

**36. O apoio às crenças espirituais ou religiosas inclui falar, rezar, tempo de reflexão, ou outras formas de atender às suas necessidades espirituais ou religiosas. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, quanto apoio recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos às suas crenças espirituais ou religiosas?**

- <sup>1</sup>  Muito pouco  
<sup>2</sup>  A quantidade certa  
<sup>3</sup>  Demasiado

**37. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, quanto apoio emocional recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos?**

- <sup>1</sup>  Muito pouco  
<sup>2</sup>  A quantidade certa  
<sup>3</sup>  Demasiado

**38. Nas semanas após a morte do seu familiar, quanto apoio emocional recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos?**

- <sup>1</sup>  Muito pouco  
<sup>2</sup>  A quantidade certa  
<sup>3</sup>  Demasiado



---

## CLASSIFICAÇÃO GERAL DO CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

---

**39. Responda às seguintes questões acerca dos cuidados prestados ao seu familiar pelo centro de cuidados paliativos indicado na carta de apresentação do inquérito. Não inclua nas suas respostas cuidados prestados por outros centros de cuidados paliativos.**

**Usando qualquer número de 0 a 10, sendo 0 os piores cuidados paliativos possíveis e 10 os melhores cuidados paliativos possíveis, que número selecionaria para classificar os cuidados paliativos do seu familiar?**

- 0 Os piores cuidados paliativos possíveis
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Os melhores cuidados paliativos possíveis

**40. Recomendaria este centro de cuidados paliativos aos seus amigos e familiares?**

- 1 Definitivamente não
- 2 Provavelmente não
- 3 Provavelmente sim
- 4 Definitivamente sim

---

## SOBRE O SEU FAMILIAR

---

**41. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que o seu familiar concluiu?**

- 1 8º ano ou menos
- 2 Frequentou o liceu, mas não acabou
- 3 Acabou o liceu ou fez o exame de Desenvolvimento Educativo Geral (General Educational Development, GED)
- 4 Frequentou o ensino universitário ou completou um curso de 2 anos
- 5 Curso de 4 anos
- 6 Curso superior a 4 anos
- 7 Não sabe

**42. O seu familiar era de origem ou descendência Hispânica, Latina ou Espanhola?**

- 1  Não, não Espanhol/Hispanico/Latino
- 2  Sim, Porto Riquenho
- 3  Sim, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano
- 4  Sim, Cubano
- 5  Sim, Outro Espanhol/Hispanico/Latino

**43. Qual era a raça do seu familiar? Selecione um ou mais.**

- 1  Branca
- 2  Negra ou Africano Americano
- 3  Asiática
- 4  Nativo do Havai ou outra Ilha do Pacífico
- 5  Índio Americano ou Nativo do Alasca

---

**SOBRE SI**

---

**44. Qual a sua idade?**

- 1  18 a 24
- 2  25 a 34
- 3  35 a 44
- 4  45 a 54
- 5  55 a 64
- 6  65 a 74
- 7  75 a 84
- 8  85 ou mais

**45. Qual o seu sexo?**

- 1  Masculino
- 2  Feminino

**46. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que concluiu?**

- 1  8º ano ou menos
- 2  Frequentou o liceu, mas não acabou
- 3  Acabou o liceu ou fez o exame de Desenvolvimento Educativo Geral (General Educational Development, GED)
- 4  Frequentou o ensino universitário ou completou um curso de 2 anos
- 5  Curso de 4 anos
- 6  Curso superior a 4 anos

**47. Que língua fala maioritariamente em casa?**

- 1  Inglês
- 2  Espanhol
- 3  Chinês
- 4  Russo
- 5  Português
- 6  Vietnamita
- 7  Polonesa
- 8  Coreano
- 9  Outra língua (escrever em letras de imprensa):
- \_\_\_\_\_

---

**OBRIGADO.**

**Devolva o inquérito preenchido no envelope com portes pagos.**

**[NAME OF SURVEY VENDOR]**

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]**



## Inquérito CAHPS® Sobre Centros de Cuidados Paliativos

Responda às questões do inquérito sobre os cuidados que o doente recebeu neste centro de cuidados paliativos:

[NAME OF HOSPICE]

**Todas as questões deste inquérito irão cobrir as experiências neste centro de cuidados paliativos.**

Se desejar obter mais informações sobre este inquérito, ligue para [TOLL FREE NUMBER].  
Todas as chamadas para este número são grátis.

OMB# 0938-1257

Expira em 31 de dezembro de 2023

Dê este inquérito à pessoa no seu agregado familiar que melhor conhece os cuidados paliativos recebidos pela pessoa indicada na carta de apresentação do inquérito.

## INSTRUÇÕES DO INQUÉRITO

- ◆ Utilize uma caneta de cor escura para preencher o inquérito.
- ◆ Coloque um X diretamente dentro da oval indicando a resposta, como no exemplo a seguir.  
 Sim  
 Não
- ◆ Por vezes, ser-lhe-á pedido que salte algumas questões neste inquérito. Quando tal acontecer, verá uma seta com uma nota indicando que questão deve responder a seguir, como se mostra a seguir:  
 Sim → Se Sim, passe para a Questão 1  
 Não

### O DOENTE DO CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

1. Qual a sua relação com a pessoa indicada na carta de apresentação do inquérito?

- <sup>1</sup>  Meu cônjuge ou parceiro
- <sup>2</sup>  Meu pai ou mãe
- <sup>3</sup>  Meu sogro ou sogra
- <sup>4</sup>  Meu avô ou avó
- <sup>5</sup>  Meu tio ou tia
- <sup>6</sup>  Meu irmão ou irmã
- <sup>7</sup>  Meu filho ou filha
- <sup>8</sup>  Meu amigo ou amiga
- <sup>9</sup>  Outro (escrever em letras de imprensa):  
\_\_\_\_\_

2. Neste inquérito, "familiar" refere-se à pessoa indicada na carta de apresentação do inquérito. Em que locais o seu familiar recebeu cuidados neste centro? Selecione um ou mais.

- <sup>1</sup>  Casa
- <sup>2</sup>  Unidades de residência assistida
- <sup>3</sup>  Casa de repouso
- <sup>4</sup>  Hospital
- <sup>5</sup>  Unidades de cuidados paliativos
- <sup>6</sup>  Outro (escrever em letras de imprensa):  
\_\_\_\_\_

---

## O SEU PAPEL

---

3. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência participou ou supervisionou os cuidados prestados?

- <sup>1</sup>  Nunca → Se Nunca, passe para a Questão 41
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

---

## OS CUIDADOS PALIATIVOS DO SEU FAMILIAR

---

Ao responder às restantes questões deste inquérito, pense na experiência do seu familiar no centro de cuidados paliativos indicado na carta de apresentação.

4. Neste inquérito, a equipa do centro de cuidados paliativos inclui todos os enfermeiros, médicos, assistentes sociais, capelães e outras pessoas que prestaram cuidados paliativos ao seu familiar. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, precisou de contactar a equipa do centro durante a noite, fins de semana ou feriados para tirar dúvidas ou obter assistência com os cuidados do seu familiar?

- <sup>1</sup>  Sim
- <sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a Questão 6

5. Com que frequência obteve a assistência de que necessitou da parte da equipa do centro de cuidados paliativos durante a noite, fins de semana ou feriados?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

6. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o manteve informado sobre quando iria chegar para prestar cuidados ao seu familiar?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

7. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, quando pediu ou quando o seu familiar pediu assistência da parte da equipa do centro de cuidados paliativos, com que frequência a obteve assim que precisou dela?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

8. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos explicou as coisas de uma forma fácil de compreender?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

**9. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o manteve informado sobre a condição do seu familiar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**10. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência um membro da equipa do centro de cuidados paliativos lhe deu informação confusa ou contraditória sobre a condição ou cuidados do seu familiar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**11. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos tratou o seu familiar com dignidade e respeito?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**12. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência sentiu que a equipa do centro de cuidados paliativos realmente se importava com o seu familiar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**13. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, falou com a equipa do centro de cuidados paliativos sobre quaisquer problemas com os cuidados paliativos prestados ao seu familiar?**

- <sup>1</sup> Sim
- <sup>2</sup> Não → Se Não, passe para a Questão 15

**14. Com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o escutou atentamente quando lhe falou sobre problemas com os cuidados paliativos prestados ao seu familiar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**15. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) sentiu qualquer dor?**

- <sup>1</sup> Sim
- <sup>2</sup> Não → Se Não, passe para a Questão 17



**16. O seu familiar recebeu a assistência para as dores que necessitava?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não

**17. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) tomou algum medicamento para as dores?**

- <sup>1</sup> Sim
- <sup>2</sup> Não → Se Não, passe para a Questão 21

**18. Os efeitos secundários dos medicamentos para as dores incluem efeitos secundários, como sonolência. Algum membro da equipa do centro de cuidados paliativos discutiu consigo, ou com o seu familiar, os efeitos secundários dos medicamentos para as dores?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não

**19. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre que efeitos secundários dos medicamentos para as dores deveria vigiar?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não

**20. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre se e quando deveria dar mais medicamentos para as dores ao seu familiar?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não
- <sup>4</sup> Não tive de dar medicamento para as dores ao meu familiar

**21. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) teve problemas a respirar ou recebeu tratamento para a dificuldade em respirar?**

- <sup>1</sup> Sim
- <sup>2</sup> Não → Se Não, passe para a Questão 24

**22. Com que frequência o seu familiar obteve a assistência necessária para a dificuldade em respirar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**23. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre como ajudar o seu familiar caso ele(a) tivesse problemas a respirar?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não
- <sup>4</sup> Não precisei de dar assistência ao meu familiar para a dificuldade em respirar

**24. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) teve problemas de prisão de ventre?**

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a Questão 26

**25. Com que frequência o seu familiar obteve a assistência necessária para problemas de prisão de ventre?**

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

**26. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) mostrou sentimentos de ansiedade ou tristeza?**

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a Questão 28

**27. Com que frequência o seu familiar obteve a assistência necessária por parte da equipa do centro de cuidados paliativos para sentimentos de ansiedade ou tristeza?**

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

**28. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) alguma vez ficou inquieto(a) ou agitado(a)?**

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a Questão 30

**29. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre o que fazer se o seu familiar ficasse inquieto ou agitado?**

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

**30. Mover o seu familiar inclui atividades como ajudá-lo a virar-se na cama, a ir para a cama ou a sair da mesma ou a levantar-se e sentar-se numa cadeira de rodas. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre como mover o seu familiar de forma segura?**

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

<sup>4</sup>  Não tive de mover o meu familiar

**31. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a informação desejada sobre o que esperar enquanto o seu familiar estivesse a morrer?**

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

---

## CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS EM CASA DE REPOUSO

---

32. Algumas pessoas recebem cuidados paliativos quando estão a viver numa casa de repouso. O seu familiar recebeu cuidados paliativos deste centro quando ele(a) estava a viver numa casa de repouso?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a Questão 35

33. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência as equipas da casa de repouso e do centro de cuidados paliativos colaboraram eficientemente nos cuidados prestados ao seu familiar?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

34. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a informação que recebeu sobre o seu familiar da equipa da casa de repouso diferiu da informação que recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

---

## A SUA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA COM O CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

---

35. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o escutou atentamente?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

36. O apoio às crenças espirituais ou religiosas inclui falar, rezar, tempo de reflexão, ou outras formas de atender às suas necessidades espirituais ou religiosas. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, quanto apoio recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos às suas crenças espirituais ou religiosas?

<sup>1</sup>  Muito pouco

<sup>2</sup>  A quantidade certa

<sup>3</sup>  Demasiado

37. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, quanto apoio emocional recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos?

<sup>1</sup>  Muito pouco

<sup>2</sup>  A quantidade certa

<sup>3</sup>  Demasiado

38. Nas semanas após a morte do seu familiar, quanto apoio emocional recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos?

- <sup>1</sup>  Muito pouco  
<sup>2</sup>  A quantidade certa  
<sup>3</sup>  Demasiado

---

### CLASSIFICAÇÃO GERAL DO CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

---

39. Responda às seguintes questões acerca dos cuidados prestados ao seu familiar pelo centro de cuidados paliativos indicado na carta de apresentação do inquérito. Não inclua nas suas respostas cuidados prestados por outros centros de cuidados paliativos.

Usando qualquer número de 0 a 10, sendo 0 os piores cuidados paliativos possíveis e 10 os melhores cuidados paliativos possíveis, que número selecionaria para classificar os cuidados paliativos do seu familiar?

- <sup>0</sup>  0 Os piores cuidados paliativos possíveis  
<sup>1</sup>  1  
<sup>2</sup>  2  
<sup>3</sup>  3  
<sup>4</sup>  4  
<sup>5</sup>  5  
<sup>6</sup>  6  
<sup>7</sup>  7  
<sup>8</sup>  8  
<sup>9</sup>  9  
<sup>10</sup>  10 Os melhores cuidados paliativos possíveis

40. Recomendaria este centro de cuidados paliativos aos seus amigos e familiares?

- <sup>1</sup>  Definitivamente não  
<sup>2</sup>  Provavelmente não  
<sup>3</sup>  Provavelmente sim  
<sup>4</sup>  Definitivamente sim

---

### SOBRE O SEU FAMILIAR

---

41. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que o seu familiar concluiu?

- <sup>1</sup>  8º ano ou menos  
<sup>2</sup>  Frequentou o liceu, mas não acabou  
<sup>3</sup>  Acabou o liceu ou fez o exame de Desenvolvimento Educativo Geral (General Educational Development, GED)  
<sup>4</sup>  Frequentou o ensino universitário ou completou um curso de 2 anos  
<sup>5</sup>  Curso de 4 anos  
<sup>6</sup>  Curso superior a 4 anos  
<sup>7</sup>  Não sabe

42. O seu familiar era de origem ou descendência **Hispânica, Latina ou Espanhola**?

- <sup>1</sup>  Não, não Espanhol/Hispanico/Latino  
<sup>2</sup>  Sim, Porto Riquenho  
<sup>3</sup>  Sim, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano  
<sup>4</sup>  Sim, Cubano  
<sup>5</sup>  Sim, Outro Espanhol/Hispanico/Latino

**43. Qual era a raça do seu familiar?**

**Selecione um ou mais.**

- <sup>1</sup> Branca
- <sup>2</sup> Negra ou Africano Americano
- <sup>3</sup> Asiática
- <sup>4</sup> Nativo do Havai ou outra Ilha do Pacífico
- <sup>5</sup> Índio Americano ou Nativo do Alasca

---

**SOBRE SI**

---

**44. Qual a sua idade?**

- <sup>1</sup> 18 a 24
- <sup>2</sup> 25 a 34
- <sup>3</sup> 35 a 44
- <sup>4</sup> 45 a 54
- <sup>5</sup> 55 a 64
- <sup>6</sup> 65 a 74
- <sup>7</sup> 75 a 84
- <sup>8</sup> 85 ou mais

**45. Qual o seu sexo?**

- <sup>1</sup> Masculino
- <sup>2</sup> Feminino

**46. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que concluiu?**

- <sup>1</sup> 8º ano ou menos
- <sup>2</sup> Frequentou o liceu, mas não acabou
- <sup>3</sup> Acabou o liceu ou fez o exame de Desenvolvimento Educativo Geral (General Educational Development, GED)
- <sup>4</sup> Frequentou o ensino universitário ou completou um curso de 2 anos
- <sup>5</sup> Curso de 4 anos
- <sup>6</sup> Curso superior a 4 anos

**47. Que língua fala maioritariamente em casa?**

- <sup>1</sup> Inglês
- <sup>2</sup> Espanhol
- <sup>3</sup> Chinês
- <sup>4</sup> Russo
- <sup>5</sup> Português
- <sup>6</sup> Vietnamita
- <sup>7</sup> Polonesa
- <sup>8</sup> Coreano
- <sup>9</sup> Outra língua (escrever em letras de imprensa):  

---

---

**OBRIGADO.**

**Devolva o inquérito preenchido no envelope com portes pagos.**

**[NAME OF SURVEY VENDOR]**

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]**



## Inquérito CAHPS® Sobre Centros de Cuidados Paliativos

Responda às questões do inquérito sobre os cuidados que o doente recebeu neste centro de cuidados paliativos:

[NAME OF HOSPICE]

**Todas as questões deste inquérito irão cobrir as experiências neste centro de cuidados paliativos.**

Se desejar obter mais informações sobre este inquérito, ligue para [TOLL FREE NUMBER].  
Todas as chamadas para este número são grátis.

OMB# 0938-1257

Expira em 31 de dezembro de 2023

**Dê este inquérito à pessoa no seu agregado familiar que melhor conhece os cuidados paliativos recebidos pela pessoa indicada na carta de apresentação do inquérito.**

## INSTRUÇÕES DO INQUÉRITO

- ◆ Utilize uma caneta de cor escura para preencher o inquérito.
- ◆ Coloque um X diretamente dentro do círculo indicando a resposta, como no exemplo a seguir.
  - Sim
  - Não
- ◆ Por vezes, ser-lhe-á pedido que salte algumas questões neste inquérito. Quando tal acontecer, verá uma seta com uma nota indicando que questão deve responder a seguir, como se mostra a seguir:
  - Sim → **Se Sim, passe para a Questão 1**
  - Não

### O DOENTE DO CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

**1. Qual a sua relação com a pessoa indicada na carta de apresentação do inquérito?**

- <sup>1</sup>  Meu cônjuge ou parceiro
- <sup>2</sup>  Meu pai ou mãe
- <sup>3</sup>  Meu sogro ou sogra
- <sup>4</sup>  Meu avô ou avó
- <sup>5</sup>  Meu tio ou tia
- <sup>6</sup>  Meu irmão ou irmã
- <sup>7</sup>  Meu filho ou filha
- <sup>8</sup>  Meu amigo ou amiga
- <sup>9</sup>  Outro (escrever em letras de imprensa):  
\_\_\_\_\_

**2. Neste inquérito, "familiar" refere-se à pessoa indicada na carta de apresentação do inquérito. Em que locais o seu familiar recebeu cuidados neste centro? Selecione um ou mais.**

- <sup>1</sup>  Casa
- <sup>2</sup>  Unidades de residência assistida
- <sup>3</sup>  Casa de repouso
- <sup>4</sup>  Hospital
- <sup>5</sup>  Unidades de cuidados paliativos
- <sup>6</sup>  Outro (escrever em letras de imprensa):  
\_\_\_\_\_



---

## O SEU PAPEL

---

3. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência participou ou supervisionou os cuidados prestados?

- <sup>1</sup>  Nunca → Se Nunca, passe para a Questão 41
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

---

## OS CUIDADOS PALIATIVOS DO SEU FAMILIAR

---

Ao responder às restantes questões deste inquérito, pense na experiência do seu familiar no centro de cuidados paliativos indicado na carta de apresentação.

4. Neste inquérito, a equipa do centro de cuidados paliativos inclui todos os enfermeiros, médicos, assistentes sociais, capelães e outras pessoas que prestaram cuidados paliativos ao seu familiar. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, precisou de contactar a equipa do centro durante a noite, fins de semana ou feriados para tirar dúvidas ou obter assistência com os cuidados do seu familiar?

- <sup>1</sup>  Sim
- <sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a Questão 6

5. Com que frequência obteve a assistência de que necessitou da parte da equipa do centro de cuidados paliativos durante a noite, fins de semana ou feriados?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

6. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o manteve informado sobre quando iria chegar para prestar cuidados ao seu familiar?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

7. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, quando pediu ou quando o seu familiar pediu assistência da parte da equipa do centro de cuidados paliativos, com que frequência a obteve assim que precisou dela?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

8. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos explicou as coisas de uma forma fácil de compreender?

- <sup>1</sup>  Nunca
- <sup>2</sup>  Por vezes
- <sup>3</sup>  Frequentemente
- <sup>4</sup>  Sempre

**9. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o manteve informado sobre a condição do seu familiar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**10. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência um membro da equipa do centro de cuidados paliativos lhe deu informação confusa ou contraditória sobre a condição ou cuidados do seu familiar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**11. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos tratou o seu familiar com dignidade e respeito?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**12. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência sentiu que a equipa do centro de cuidados paliativos realmente se importava com o seu familiar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**13. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, falou com a equipa do centro de cuidados paliativos sobre quaisquer problemas com os cuidados paliativos prestados ao seu familiar?**

- <sup>1</sup> Sim
- <sup>2</sup> Não → Se Não, passe para a Questão 15

**14. Com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o escutou atentamente quando lhe falou sobre problemas com os cuidados paliativos prestados ao seu familiar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**15. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) sentiu qualquer dor?**

- <sup>1</sup> Sim
- <sup>2</sup> Não → Se Não, passe para a Questão 17

**16. O seu familiar recebeu a assistência para as dores que necessitava?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não

**17. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) tomou algum medicamento para as dores?**

- <sup>1</sup> Sim
- <sup>2</sup> Não → Se Não, passe para a Questão 21

**18. Os efeitos secundários dos medicamentos para as dores incluem efeitos secundários, como sonolência. Algum membro da equipa do centro de cuidados paliativos discutiu consigo, ou com o seu familiar, os efeitos secundários dos medicamentos para as dores?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não

**19. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre que efeitos secundários dos medicamentos para as dores deveria vigiar?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não

**20. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre se e quando deveria dar mais medicamentos para as dores ao seu familiar?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não
- <sup>4</sup> Não tive de dar medicamento para as dores ao meu familiar

**21. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) teve problemas a respirar ou recebeu tratamento para a dificuldade em respirar?**

- <sup>1</sup> Sim
- <sup>2</sup> Não → Se Não, passe para a Questão 24

**22. Com que frequência o seu familiar obteve a assistência necessária para a dificuldade em respirar?**

- <sup>1</sup> Nunca
- <sup>2</sup> Por vezes
- <sup>3</sup> Frequentemente
- <sup>4</sup> Sempre

**23. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre como ajudar o seu familiar caso ele(a) tivesse problemas a respirar?**

- <sup>1</sup> Sim, sem dúvida
- <sup>2</sup> Sim, de certa forma
- <sup>3</sup> Não
- <sup>4</sup> Não precisei de dar assistência ao meu familiar para a dificuldade em respirar

24. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) teve problemas de prisão de ventre?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a Questão 26

25. Com que frequência o seu familiar obteve a assistência necessária para problemas de prisão de ventre?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

26. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) mostrou sentimentos de ansiedade ou tristeza?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a Questão 28

27. Com que frequência o seu familiar obteve a assistência necessária por parte da equipa do centro de cuidados paliativos para sentimentos de ansiedade ou tristeza?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

28. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, ele(a) alguma vez ficou inquieto(a) ou agitado(a)?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a Questão 30

29. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre o que fazer se o seu familiar ficasse inquieto ou agitado?

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

30. Mover o seu familiar inclui atividades como ajudá-lo a virar-se na cama, a ir para a cama ou a sair da mesma ou a levantar-se e sentar-se numa cadeira de rodas. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a formação necessária sobre como mover o seu familiar de forma segura?

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

<sup>4</sup>  Não tive de mover o meu familiar

31. A equipa do centro de cuidados paliativos deu-lhe a informação desejada sobre o que esperar enquanto o seu familiar estivesse a morrer?

<sup>1</sup>  Sim, sem dúvida

<sup>2</sup>  Sim, de certa forma

<sup>3</sup>  Não

---

## CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS EM CASA DE REPOUSO

---

32. Algumas pessoas recebem cuidados paliativos quando estão a viver numa casa de repouso. O seu familiar recebeu cuidados paliativos deste centro quando ele(a) estava a viver numa casa de repouso?

<sup>1</sup>  Sim

<sup>2</sup>  Não → Se Não, passe para a  
Questão 35

33. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência as equipas da casa de repouso e do centro de cuidados paliativos colaboraram eficientemente nos cuidados prestados ao seu familiar?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

34. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a informação que recebeu sobre o seu familiar da equipa da casa de repouso diferiu da informação que recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

---

## A SUA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA COM O CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

---

35. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, com que frequência a equipa do centro de cuidados paliativos o escutou atentamente?

<sup>1</sup>  Nunca

<sup>2</sup>  Por vezes

<sup>3</sup>  Frequentemente

<sup>4</sup>  Sempre

36. O apoio às crenças espirituais ou religiosas inclui falar, rezar, tempo de reflexão, ou outras formas de atender às suas necessidades espirituais ou religiosas. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, quanto apoio recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos às suas crenças espirituais ou religiosas?

<sup>1</sup>  Muito pouco

<sup>2</sup>  A quantidade certa

<sup>3</sup>  Demasiado

37. Enquanto o seu familiar esteve no centro de cuidados paliativos, quanto apoio emocional recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos?

<sup>1</sup>  Muito pouco

<sup>2</sup>  A quantidade certa

<sup>3</sup>  Demasiado

38. Nas semanas após a morte do seu familiar, quanto apoio emocional recebeu da equipa do centro de cuidados paliativos?

- <sup>1</sup>  Muito pouco  
<sup>2</sup>  A quantidade certa  
<sup>3</sup>  Demasiado

---

### CLASSIFICAÇÃO GERAL DO CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

---

39. Responda às seguintes questões acerca dos cuidados prestados ao seu familiar pelo centro de cuidados paliativos indicado na carta de apresentação do inquérito. Não inclua nas suas respostas cuidados prestados por outros centros de cuidados paliativos.

Usando qualquer número de 0 a 10, sendo 0 os piores cuidados paliativos possíveis e 10 os melhores cuidados paliativos possíveis, que número selecionaria para classificar os cuidados paliativos do seu familiar?

- <sup>0</sup>  0 Os piores cuidados paliativos possíveis  
<sup>1</sup>  1  
<sup>2</sup>  2  
<sup>3</sup>  3  
<sup>4</sup>  4  
<sup>5</sup>  5  
<sup>6</sup>  6  
<sup>7</sup>  7  
<sup>8</sup>  8  
<sup>9</sup>  9  
<sup>10</sup>  10 Os melhores cuidados paliativos possíveis

40. Recomendaria este centro de cuidados paliativos aos seus amigos e familiares?

- <sup>1</sup>  Definitivamente não  
<sup>2</sup>  Provavelmente não  
<sup>3</sup>  Provavelmente sim  
<sup>4</sup>  Definitivamente sim

---

### SOBRE O SEU FAMILIAR

---

41. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que o seu familiar concluiu?

- <sup>1</sup>  8º ano ou menos  
<sup>2</sup>  Frequentou o liceu, mas não acabou  
<sup>3</sup>  Acabou o liceu ou fez o exame de Desenvolvimento Educativo Geral (General Educational Development, GED)  
<sup>4</sup>  Frequentou o ensino universitário ou completou um curso de 2 anos  
<sup>5</sup>  Curso de 4 anos  
<sup>6</sup>  Curso superior a 4 anos  
<sup>7</sup>  Não sabe

42. O seu familiar era de origem ou descendência Hispânica, Latina ou Espanhola?

- <sup>1</sup>  Não, não Espanhol/Hispanico/Latino  
<sup>2</sup>  Sim, Porto Riquenho  
<sup>3</sup>  Sim, Mexicano, Mexicano Americano, Chicano  
<sup>4</sup>  Sim, Cubano  
<sup>5</sup>  Sim, Outro Espanhol/Hispanico/Latino

**43. Qual era a raça do seu familiar?**

Selecione um ou mais.

- <sup>1</sup> Branca
- <sup>2</sup> Negra ou Africano Americano
- <sup>3</sup> Asiática
- <sup>4</sup> Nativo do Havai ou outra Ilha do Pacífico
- <sup>5</sup> Índio Americano ou Nativo do Alasca

---

**SOBRE SI**

---

**44. Qual a sua idade?**

- <sup>1</sup> 18 a 24
- <sup>2</sup> 25 a 34
- <sup>3</sup> 35 a 44
- <sup>4</sup> 45 a 54
- <sup>5</sup> 55 a 64
- <sup>6</sup> 65 a 74
- <sup>7</sup> 75 a 84
- <sup>8</sup> 85 ou mais

**45. Qual o seu sexo?**

- <sup>1</sup> Masculino
- <sup>2</sup> Feminino

**46. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que concluiu?**

- <sup>1</sup> 8º ano ou menos
- <sup>2</sup> Frequentou o liceu, mas não acabou
- <sup>3</sup> Acabou o liceu ou fez o exame de Desenvolvimento Educativo Geral (General Educational Development, GED)
- <sup>4</sup> Frequentou o ensino universitário ou completou um curso de 2 anos
- <sup>5</sup> Curso de 4 anos
- <sup>6</sup> Curso superior a 4 anos

**47. Que língua fala maioritariamente em casa?**

- <sup>1</sup> Inglês
- <sup>2</sup> Espanhol
- <sup>3</sup> Chinês
- <sup>4</sup> Russo
- <sup>5</sup> Português
- <sup>6</sup> Vietnamita
- <sup>7</sup> Polonesa
- <sup>8</sup> Coreano
- <sup>9</sup> Outra língua (escrever em letras de imprensa):  
\_\_\_\_\_

---

**OBRIGADO.**

**Devolva o inquérito preenchido no envelope com portes pagos.**

**[NAME OF SURVEY VENDOR]**

**[RETURN ADDRESS OF SURVEY VENDOR]**





# **Sample Initial Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey**

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Caro(a) [SAMPLED CAREGIVER NAME]:

[HOSPICE NAME] está a conduzir um inquérito sobre os serviços prestados pelos centros de cuidados paliativos aos doentes e suas famílias. Foi selecionado para este inquérito porque foi identificado como sendo o cuidador de [DECEDENT NAME]. Reconhecemos que este possa ser um período difícil para si, mas esperamos que possa ajudar-nos a compreender a qualidade dos cuidados que recebeu, ou que o seu familiar ou amigo recebeu, no centro de cuidados paliativos.

As questões [NOTE THE QUESTION NUMBERS] no inquérito incluso são parte integrante de uma iniciativa a nível nacional, promovida pelo Departamento da Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services, HHS) para medir a qualidade dos centros de cuidados paliativos. Os Centros para os Serviços Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que fazem parte do HHS, estão a conduzir este inquérito com o objetivo de melhorar os cuidados prestados nos centros de cuidados paliativos. Os CMS cobrem a maior parte dos cuidados paliativos prestados nos centros de cuidados paliativos nos EUA. É da responsabilidade dos CMS assegurar que os doentes nos centros de cuidados paliativos e os seus familiares e amigos recebem cuidados da melhor qualidade. Uma das formas de cumprirem a sua responsabilidade consiste em obter, diretamente de si, informação sobre os cuidados paliativos que o seu familiar ou amigo recebeu no centro. A sua participação é voluntária e não irá afetar quaisquer cuidados de saúde ou benefícios que receba.

Esperamos que dedique algum tempo a completar este inquérito. Após completar este inquérito, devolva-o no envelope com portes pagos. As suas respostas poderão ser partilhadas com o centro de cuidados paliativos para fins de melhoria de qualidade. [OPTIONAL: Poderá reparar num número no inquérito. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu inquérito para que não tenhamos de o lembrar.]

Caso tenha alguma questão sobre o inquérito incluso, ligue para o número grátis 1-800-xxx-xxxx. Obrigado por ajudar a melhorar os centros de cuidados paliativos para todos os consumidores.

Com os melhores cumprimentos,  
[HOSPICE ADMINISTRATOR]  
[HOSPICE NAME]



# **Sample Follow-up Cover Letter for the CAHPS Hospice Survey**

[HOSPICE OR VENDOR LETTERHEAD]

[SAMPLED CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Caro(a) [SAMPLED CAREGIVER NAME]:

Os nossos registos mostram que atuou recentemente como cuidador de [HOSPICE NAME] em [DECEDENT NAME]. Há cerca de três semanas, enviámos-lhe um inquérito relativo aos cuidados que recebeu e que o seu familiar ou amigo recebeu neste centro. Se já nos devolveu o inquérito, queira aceitar o nosso agradecimento e ignore esta carta. No entanto, se ainda não o fez, agradecemos que disponibilizasse algum tempo para completar este importante inquérito.

Esperamos que aproveite esta oportunidade para nos ajudar a compreender acerca da qualidade dos cuidados que o seu familiar ou amigo recebeu. Os resultados deste inquérito serão usados de modo a garantir que todos os americanos recebem cuidados paliativos da melhor qualidade.

As questões [NOTE THE QUESTION NUMBERS] no inquérito incluso são parte integrante de uma iniciativa a nível nacional, promovida pelo Departamento da Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services, HHS) para medir a qualidade dos centros de cuidados paliativos. Os Centros para os Serviços Medicare & Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que fazem parte do HHS, estão a conduzir este inquérito com o objetivo de melhorar os cuidados prestados nos centros de cuidados paliativos. Os CMS cobrem a maior parte dos cuidados paliativos prestados nos centros de cuidados paliativos nos EUA. É da responsabilidade dos CMS assegurar que os doentes nos centros de cuidados paliativos e os seus familiares e amigos recebem cuidados da melhor qualidade. Uma das formas de cumprirem a sua responsabilidade consiste em obter, diretamente de si, informação sobre os cuidados paliativos que o seu familiar ou amigo recebeu no centro. A sua participação é voluntária e não irá afetar quaisquer cuidados de saúde ou benefícios que receba.

Por favor disponibilize alguns minutos para completar o inquérito incluído. Após completar este inquérito, devolva-o no envelope com portes pagos. As suas respostas poderão ser partilhadas com o centro de cuidados paliativos para fins de melhoria de qualidade. [OPTIONAL: Poderá reparar num número no inquérito. Este número é usado para nos informar se devolveu o seu inquérito para que não tenhamos de o lembrar.]

Caso tenha alguma questão sobre o inquérito incluso, ligue para o número grátis 1-800-xxx-xxxx. Obrigado por ajudar a melhorar os centros de cuidados paliativos para todos os consumidores.

Com os melhores cumprimentos,  
[HOSPICE ADMINISTRATOR]  
[HOSPICE NAME]



## OMB Paperwork Reduction Act Language

*The OMB Paperwork Reduction Act language must appear in the mailing, either on the cover letter or on the front or back of the questionnaire. In addition, the OMB control number must appear on the front page of the questionnaire. The following is the language that must be used:*

### **Portuguese Version**

“De acordo com a Lei de Redução da Burocracia de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma recolha de informação a menos que exibe um número de controle OMB válido. O número de controle OMB válido para esta recolha de informação é 0938-1257 (Expira em 31 de dezembro de 2023). O tempo necessário para completar esta informação recolhida é estimada a 11 minutos para as perguntas 1 a 40 do inquérito, "Sobre o seu membro de família" e "Sobre Si", incluindo o tempo para revisar as instruções, pesquisa dos recursos de dados existentes, reunir os dados necessários, completar e revisar a recolha de informação. Se tiver algum comentário sobre a exatidão da(s) estimativa(s) de tempo ou sugestões para melhorar este formulário, por favor escreva para: Centers for Medicare & Medicaid Services, 7500 Security Boulevard, C1-25-05, Baltimore, MD 21244-1850.”

