Questionário: Avaliação da Atuação da Equipe Multidisciplinar na Educação Sexual e Orientação Sobre Comportamentos de Risco para Pessoas com Fibrose Cística: um Questionário Nacional

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) SENHOR(A) ESTÁ SENDO CONVIDADO(A) A PARTICIPAR DO PROJETO AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA EDUCAÇÃO SEXUAL E ORIENTAÇÃO SOBRE COMPORTAMENTOS DE RISCO PARA PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA: UM QUESTIONÁRIO NACIONAL, SOB A RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR VITÓRIA VIEIRA, MÉDICA. É IMPORTANTE QUE VOCÊ LEIA, OU QUE ALGUÉM LEIA PARA VOCÊ, ESSE DOCUMENTO COM ATENÇÃO E, EM CASO DE QUALQUER DÚVIDA OU INFORMAÇÃO QUE NÃO ENTENDA, PEÇA AO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL PELO ESTUDO QUE EXPLIQUE A VOCÊ. VOCÊ NÃO É OBRIGADO(A) A PARTICIPAR DESTA PESQUISA. AO FINAL DESSE DOCUMENTO, ESTARÁ DISPONÍVEL UM TERMO DE ACEITE, PARA QUE VOCÊ ASSINALE A OPÇÃO "SIM" OU "NÃO". CASO ACEITE EM PARTICIPAR DA PESQUISA, VOCÊ DEVERÁ ASSINALAR A OPÇÃO SIM, E EM SEGUIDA, SERÁ SOLICITADO QUE VOCÊ PREENCHA COM UM ENDEREÇO DE E-MAIL PARA RECEBIMENTO DE UMA CÓPIA DESSE DOCUMENTO. CASO NÃO DESEJE PARTICIPAR DA PESQUISA, VOCÊ DEVERÁ ASSINALAR A OPÇÃO NÃO, E A SUA PARTICIPAÇÃO SERÁ ENCERRADA AUTOMATICAMENTE.

O NOSSO OBJETIVO COM ESTE ESTUDO É AVALIAR COMO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ABORDAM E ACOMPANHAM OS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA, COM ENFOQUE NOS TEMAS SOBRE SEXUALIDADE E COMPORTAMENTOS DE RISCO.

O(A) SENHOR(A) RECEBERÁ TODOS OS ESCLARECIMENTOS NECESSÁRIOS ANTES E NO DECORRER DA PESQUISA E LHE ASSEGURAMOS QUE SEU NOME NÃO SERÁ DIVULGADO, SENDO MANTIDO O MAIS RIGOROSO SIGILO ATRAVÉS DA OMISSÃO TOTAL DE QUAISQUER INFORMAÇÕES QUE PERMITAM IDENTIFICÁ-LO(A).

A SUA PARTICIPAÇÃO SE DARÁ ATRAVÉS DA RESPOSTA A UM QUESTIONÁRIO DISPONIBILIZADO A VOCÊ ATRAVÉS DESTE LINK ANÔNIMO. IREMOS UTILIZAR A SUA RESPOSTA PARA ENTENDER COMO É A ABORDAGEM DE TEMAS RELEVANTES PARA AS PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA. VOCÊ IRÁ RESPONDER O QUESTIONÁRIO UMA VEZ.

OS RISCOS DECORRENTES DE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA SÃO PRINCIPALMENTE DE TER AS SUAS OPINIÕES TORNADAS PÚBLICAS. VAMOS MINIMIZAR ESTE RISCO REALIZANDO UMA PESQUISA ANÔNIMA – VOCÊ NÃO TERÁ EM NENHUM MOMENTO QUE SE IDENTIFICAR, OU IDENTIFICAR O CENTRO ONDE VOCÊ TRABALHA. O ENDEREÇO DE E-MAIL UTILIZADO PARA RECEBER A CÓPIA DESSE DOCUMENTO NÃO SERÁ ARMAZENADO COM AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES.

SE VOCÊ ACEITAR PARTICIPAR, ESTARÁ CONTRIBUINDO PARA MELHOR COMPREENDERMOS COMO É A ABORDAGEM DE PONTOS IMPORTANTES PARA PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA, BEM COMO IDENTIFICARMOS NECESSIDADES DE APRIMORAMENTO DAS EQUIPES.

O(A) SENHOR(A) PODE SE RECUSAR A RESPONDER QUALQUER PERGUNTA, PODENDO DESISTIR DE PARTICIPAR DA PESQUISA EM QUALQUER MOMENTO SEM NENHUM PREJUÍZO PARA O(A) SENHOR(A).

O(A) SENHOR(A)PODE PENSAR O TEMPO QUE FOR NECESSÁRIO SE DESEJA OU NÃO PARTICIPAR DESTA PESQUISA, INCLUSIVE PODE LER ESTE DOCUMENTO E REFLETIR ANTES DE DECIDIR. ESTE LINK ESTARÁ ATIVO ENQUANTO DURAR A PESQUISA.

A SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA. ISSO IMPLICA QUE VOCÊ NÃO RECEBERÁ QUALQUER TIPO DE PAGAMENTO PARA PARTICIPAR DESTE ESTUDO. SERÁ NECESSÁRIO QUE VOCÊ UTILIZE UMA REDE DE INTERNET PARA QUE POSSA RESPONDER AO QUESTIONÁRIO, VISTO QUE O PREENCHIMENTO SERÁ TOTALMENTE VIRTUAL. CASO NÃO CONCORDE COM ISSO, VOCÊ PODERÁ RECUSAR-SE A PARTICIPAR. ESTIMAMOS O TEMPO DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO EM 10 MINUTOS.

O(A) SENHOR(A) TEM DIREITO A BUSCAR INDENIZAÇÃO EM CASO DE DANOS PROVOCADOS PELA PESQUISA, AINDA QUE SEJAM DANOS NÃO PREVISTOS NA MESMA, PORÉM A ELA RELACIONADOS.

OS RESULTADOS DA PESQUISA SERÃO DIVULGADOS PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ESCS), INSTITUIÇÃO LOCALIZADA EM BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL, PODENDO SER PUBLICADOS POSTERIORMENTE. OS DADOS E MATERIAIS UTILIZADOS NA PESQUISA FICARÃO SOBRE A GUARDA DO PESQUISADOR.

SE O(A) SENHOR(A) TIVER QUALQUER DÚVIDA EM RELAÇÃO À PESQUISA, POR FAVOR, TELEFONE PARA: FLÁVIA FONSECA FERNANDES, NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM FIBROSE CÍSTICA DO HOSPITAL DE BASE, NO TELEFONE (61) 3550-8900, RAMAL 8913, DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA EM HORÁRIO COMERCIAL, OU PELO EMAIL FLAVIAFFERNANDES@GMAIL.COM.

ESTE PROJETO FOI APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP É COMPOSTO POR PROFISSIONAIS DE DIFERENTES ÁREAS CUJA FUNÇÃO É DEFENDER OS INTERESSES DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA EM SUA INTEGRIDADE E DIGNIDADE E CONTRIBUIR NO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA DENTRO DE PADRÕES ÉTICOS. AS DÚVIDAS COM RELAÇÃO À ASSINATURA DO TCLE OU AOS DIREITOS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA PODEM SER ENCAMINHADAS AO CEP/FEPECS POR E-MAIL: COMITEDEETICA.SECRETARIA@GMAIL.COM OU POR CONTATO TELEFÔNICO: (61) 2017 1145 RAMAL 6878.

TERMO DE ACEITE

A SEGUIR, HÁ DUAS OPÇÕES "SIM" E "NÃO". CASO ACEITE EM PARTICIPAR DA PESQUISA E CLICAR NA OPÇÃO SIM, VOCÊ SERÁ DIRECIONADO(A) AO QUESTIONÁRIO, SENDO NECESSÁRIO FORNECER SEU ENDEREÇO DE E-MAIL PARA RECEBER UMA CÓPIA DO TCLE. CASO NÃO DESEJE EM PARTICIPAR DA PESQUISA E CLICAR NA OPÇÃO NÃO, SUA PARTICIPAÇÃO SERÁ ENCERRADA AUTOMATICAMENTE.

EU, DECLARO QUE CONCORDO EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA.

- (●) Sim
- ( ) Não

DIGITE SEU EMAIL PARA RECEBER A CÓPIA DO TCLE. *

algum@algo.com

AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO.VOCÊ SERÁ REDIRECIONADO A PESQUISA.

VOCÊ É PROFISSIONAL DA ÁREA DE SAÚDE?

- (●) Sim
- ( ) Não

VOCÊ TRABALHA ATUALMENTE ACOMPANHANDO PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA?

- (●) Sim
- ( ) Não

VOCÊ ACOMPANHA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA COMO PARTE DE ATIVIDADES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA (MÉDICA OU MULTIPROFISSIONAL)?

- ( ) Sim
- (●) Não

VOCÊ ACOMPANHA PRINCIPALMENTE PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA DE QUAL FAIXA ETÁRIA

- ( ) Pediátricos
- ( ) Adultos
- ( ) Pediátricos e adultos

ATUALMENTE, VOCÊ ACOMPANHA O TRATAMENTO DE QUANTAS PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA?

HÁ QUANTOS ANOS VOCÊ TRABALHA ACOMPANHANDO O TRATAMENTO DE PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA?

POR FAVOR SELECIONE A SUA FORMAÇÃO PRINCIPAL:

- ◯ Educador(a) físico(a)
- ◯ Enfermeiro(a)
- ◯ Farmacêutico(a)
- ◯ Fisioterapeuta
- ◯ Médico(a)
- ◯ Nutricionista
- ◯ Psicólogo(a)
- ◯ Assistente social
- ◯ Terapeuta ocupacional
- ◯ Outro

QUAL?

NESTE PRIMEIRO BLOCO DE PERGUNTAS, GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE A COMO É A SUA ABORDAGEM HABITUAL COM SEUS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA SOBRE TÓPICOS RELACIONADOS A USO DE DROGAS RECREATIVAS.

COM QUAL FREQUENCIA VOCÊ ABORDA OS SEGUINTES TÓPICOS COM OS SEUS PACIENTES ADOLESCENTES OU ADULTOS PORTADORES DE FIBROSE CÍSTICA?

USO DE ÁLCOOL

- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

USO DE CIGARRO

- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

USO DE CIGARRO ELETRÔNICO

- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

USO DE NARGUILÉ OU OUTROS TIPOS DE TABACO INALADO

- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

USO DE OUTRAS DROGAS ILÍCITAS

- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

NA SUA OPINIÃO, QUAIS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DEVE ABORDAR OS TEMAS RELATIVOS A USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS COM OS PACIENTES ADOLESCENTES E ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA? SELECIONE TODOS OS QUE JULGAR ADEQUADO, E SELECIONE O QUE JULGAR IDEAL (MESMO QUE NÃO SEJA A SUA REALIDADE).

- ☐ Educador(a) físico(a)
- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Farmacêutico(a)
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Médico(a)
- ☐ Nutricionista
- ☐ Psicólogo(a)
- ☐ Assistente social
- ☐ Terapeuta ocupacional
- ☐ Outro

POR FAVOR, CLASSIFIQUE O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU NÃO COM AS SEGUINTES DECLARAÇÕES RELACIONADAS A SEUS PACIENTES ADOLESCENTES E ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA:

EU ME SINTO CONFORTÁVEL EM DISCUTIR O USO DE DROGAS RECREATIVAS COM MEUS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU SEI QUAIS PERGUNTAS FAZER PARA O MEU PACIENTE COM FIBROSE CÍSTICA PARA INVESTIGAR O SEU USO DE DROGAS RECREATIVAS.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU SEI COMO RESPONDER DÚVIDAS DO MEU PACIENTE RELACIONADAS AO USO DE DROGAS RECREATIVAS.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

ORIENTAÇÕES SOBRE USO DE DROGAS RECREATIVAS DEVEM COMEÇAR NA ADOLESCÊNCIA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

ESTOU CONFORTÁVEL COM MEUS CONHECIMENTOS ATUAIS SOBRE USO DE DROGAS RECREATIVAS EM ADOLESCENTES E/OU ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU TENHO MATERIAIS ADICIONAIS (FOLHETOS, SITES) PARA FORNECER AO MEU PACIENTE COM FIBROSE CÍSTICA QUE DESEJA MAIORES INFORMAÇÕES SOBRE USO DE DROGAS RECREATIVAS.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EM RELAÇÃO AO USO DE DROGAS RECREATIVAS, CLASSIFIQUE O SEU INTERESSE EM MAIS EDUCAÇÃO E/OU TREINAMENTO SOBRE OS TÓPICOS ABAIXO:

USO DE ÁLCOOL

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

USO DE CIGARRO

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

USO DE CIGARRO ELETRÔNICO

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

USO DE NARGUILÉ OU OUTROS TIPOS DE TABACO INALADO

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

USO DE OUTRAS DROGAS ILÍCITAS

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

AGORA ESTE BLOCO DE PERGUNTAS É DEDICADO A CONHECER COMO É A SUA ABORDAGEM HABITUAL COM SEUS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA SOBRE TÓPICOS RELACIONADOS TÓPICOS SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.

COM QUAL FREQUENCIA VOCÊ ABORDA OS SEGUINTES TÓPICOS COM OS SEUS PACIENTES ADOLESCENTES OU ADULTOS PORTADORES DE FIBROSE CÍSTICA?

PUBERDADE
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

MENSTRUAÇÃO
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

INCONTINÊNCIA URINÁRIA
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

RELACIONAMENTOS PESSOAIS
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

ATIVIDADE SEXUAL
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

ORIENTAÇÃO SEXUAL
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

FUNCIONALIDADE SEXUAL (POR EXEMPLO, TOSSE OU HEMOPTISE DURANTE O SEXO, DOR DURANTE ATO SEXUAL, DIFICULDADE EM TER ATIVIDADE SEXUAL)
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

CONTRACEPÇÃO
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

FERTILIDADE
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

PLANEJAMENTO DE GESTAÇÃO
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

PATERNIDADE/MATERNIDADE
- ◯ Em todas as consultas
- ◯ Várias vezes por ano
- ◯ Uma vez ao ano
- ◯ Raramente
- ◯ Nunca

NA SUA OPINIÃO, QUAIS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DEVE ABORDAR OS TEMAS RELATIVOS A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM OS PACIENTES ADOLESCENTES E ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA? SELECIONE TODOS OS QUE JULGAR ADEQUADO, E SELECIONE O QUE JULGAR IDEAL (MESMO QUE NÃO SEJA A SUA REALIDADE).

- ☐ Educador(a) físico(a)
- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Farmacêutico(a)
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Médico(a)
- ☐ Nutricionista
- ☐ Psicólogo(a)
- ☐ Assistente social
- ☐ Terapeuta ocupacional
- ☐ Outro

POR FAVOR, CLASSIFIQUE O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU NÃO COM AS SEGUINTES DECLARAÇÕES RELACIONADAS A SEUS PACIENTES ADOLESCENTES E ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA:

EU ME SINTO CONFORTÁVEL EM ABORDAR A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA COM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU SEI QUAIS PERGUNTAS FAZER AOS PACIENTES COM RELAÇÃO ÀS SUAS PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU SEI COMO RESPONDER A UM PACIENTE QUE TEM PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

DISCUSSÕES SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DEVEM COMEÇAR NA ADOLESCÊNCIA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU ME SINTO CONFORTÁVEL EM PEDIR AOS FAMILIARES OU PARCEIROS QUE SAIAM DA SALA DURANTE UMA AVALIAÇÃO QUANDO DISCUTO A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

ESTOU CONFORTÁVEL COM MEUS CONHECIMENTOS ATUAIS SOBRE AS PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E/OU ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

TENHO RECURSOS EDUCACIONAIS QUE POSSO FORNECER AOS ADOLESCENTES E/OU JOVENS ADULTAS COM FIBROSE CÍSTICA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU CONHEÇO AS REGRAS EM RELAÇÃO À CONFIDENCIALIDADE DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES E/OU ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

POR FAVOR, CLASSIFIQUE O QUANTO VOCÊ CONCORDA OU NÃO COM AS SEGUINTES DECLARAÇÕES:

EU POSSO DISCUTIR COM SEGURANÇA AS OPÇÕES CONTRACEPTIVAS COM ADOLESCENTES E/OU ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU SEI COMO ADMINISTRAR INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU POSSO ORIENTAR ADOLESCENTES E/OU ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA EM RELAÇÃO ÀS SUAS PREOCUPAÇÕES DE FUNCIONAMENTO SEXUAL (TAIS COMO TOSSE DURANTE O SEXO OU DOR DURANTE O ATO SEXUAL).

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU TENHO CONFIANÇA EM REALIZAR UM HISTÓRICO SEXUAL DE ADOLESCENTES E/OU ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU SEI COMO RASTREAR E TRATAR AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS COMUNS.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU TENHO SEGURANÇA EM DISCUTIR SOBRE FERTILIDADE COM ADOLESCENTES E/OU ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU SEI COMO REALIZAR TRIAGEM PARA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM ADOLESCENTES E/OU ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EU POSSO ORIENTAR ADOLESCENTES E/OU ADULTOS COM FIBROSE CÍSTICA EM RELAÇÃO ÀS SUAS POSSIBILIDADES DE GESTAÇÃO, BEM COMO SOBRE OUTRAS OPÇÕES DE PATERNIDADE.

Discordo fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente

EM RELAÇÃO A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, CLASSIFIQUE O SEU INTERESSE EM MAIS EDUCAÇÃO E/OU TREINAMENTO SOBRE OS TÓPICOS ABAIXO:

PUBERDADE

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

MENSTRUAÇÃO

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

ABORDANDO RELACIONAMENTOS PESSOAIS INSEGUROS (POR EXEMPLO, TRIAGEM PARA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU OUTROS TIPOS DE AGRESSÃO)

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

REALIZANDO HISTÓRICO SEXUAL

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

FUNCIONALIDADE SEXUAL (POR EXEMPLO, TOSSE OU HEMOPTISE DURANTE O SEXO, DOR DURANTE ATO SEXUAL, DIFICULDADE EM TER ATIVIDADE SEXUAL)

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

CONTRACEPÇÃO

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

FERTILIDADE

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

PLANEJAMENTO DE GESTAÇÃO

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

OUTRAS OPÇÕES PARA PATERNIDADE NA FIBROSE CÍSTICA

Nenhum interrese | Pouco interesse | Neutro | Algum interesse | Muito interesse

ESTÁ PESQUISA É VOLTADA APENAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. AGRADECEMOS O SEU INTERESSE EM PARTICIPAR!

ESTÁ PESQUISA É VOLTADA APENAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUALMENTE ACOMPANHAM PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA. AGRADECEMOS O SEU INTERESSE EM PARTICIPAR!

ESTÁ PESQUISA É VOLTADA APENAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUALMENTE ACOMPANHAM PESSOAS COM FIBROSE CÍSTICA EM CENÁRIOS FORA DA RESIDÊNCIA MÉDICA/MULTIPROFISSIONAL. AGRADECEMOS O SEU INTERESSE EM PARTICIPAR!

AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!