

**ANEXO 1****Questionário - entrevista telefónica**

Nome:
Nº identificação:
Telefone:

Data:
Hora início:
Hora término:

**Bom dia/Boa tarde, o meu nome é \_\_\_\_\_.** Estou a ligar por parte do Centro Hospitalar do Porto, do serviço de cirurgia de ambulatório. Gostaria de falar com o Senhor \_\_\_\_\_.

- Se é o próprio – Continuar
- Se está em casa – **“Pode chamá-lo, por favor?”**
- Se não está em casa – **“Então poderá dizer-me a que horas é mais conveniente voltar a contactar?”**

**“Tal como o informámos através de uma carta que deverá ter recebido recentemente, estamos a contactar as pessoas que realizaram cirurgia de hérnia inguinal nos últimos 5 anos no seguimento de um estudo relacionado com a dor crónica pós-cirúrgica e gostaríamos de incluir a sua participação. O inquérito vai durar apenas uns minutos. Posso fazer-lhe algumas perguntas?”**

- Se sim, ---Continuar
- Se não, --- **“Mas diga-me, é mais conveniente ligar noutra hora? Ou não deseja colaborar?”** – Terminar e anotar motivo

## QUESTÕES:

1. **Antes da sua cirurgia à hérnia inguinal, tinha alguma dor na zona onde foi operado?**

- Sim
- Não
- Não me lembro

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Perguntar 1.1

Continuar com pergunta 2

Continuar com pergunta 2

1.1 **Quanto tempo antes da cirurgia começou esta dor? (ACEITAR APENAS UMA RESPOSTA)**

- Menos de 3 meses
- Mais de 3 meses
- Não me lembro

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Continuar com pergunta 2

Continuar com pergunta 2

Continuar com pergunta 2

2. **Após a sua cirurgia à hérnia inguinal, sentiu dor no local onde foi operado?**

- Sim
- Não

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Continuar com pergunta 3

Perguntar 2.1

**2.1. Após a sua cirurgia à hérnia inguinal, sentiu dor nalguma destas regiões: Abdómen (barriga) / Pélvis (zona púbica) / Zona lombar (parte inferior das costas) / Parte superior da coxa.**

- Sim (não anotar localização)
- Não

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Continuar com pergunta 3

Terminar entrevista

3. **Quanto tempo após a cirurgia se iniciou essa dor?** (PERGUNTAR TODAS SEGUIDAS E ACEITAR 1 RESPOSTA)

- Logo após a cirurgia  Perguntar 4
- No mês a seguir à cirurgia  Perguntar 4
- Nos 3 meses a seguir à cirurgia  Perguntar 4
- Outra altura  (especificar: \_\_\_\_\_)
- Não sei/Não me lembro  Perguntar 3.1

3.1) **Uma vez que não consegue referir o seu início, consegue dizer quanto tempo é que durou a dor?**

Aceitar resposta livre - Se menos de 6 meses – Terminar entrevista  
 \_\_\_\_\_ - Mais de 6 meses, continuar para pergunta 5

Não sei/Não me lembro  Terminar entrevista

4. **Quando foi a última vez que sentiu essa dor?** (PERGUNTAR EM SEQUÊNCIA E ACEITAR 1 RESPOSTA)

Na última semana	<input type="checkbox"/>	Sim – Continuar com pergunta 5 Não – Passar para alínea inferior
No último mês	<input type="checkbox"/>	Sim – Continuar com pergunta 5 Não – Passar para alínea inferior
Nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>	Sim – Continuar com pergunta 5 Não – Passar para alínea inferior
Outra hipótese	<input type="checkbox"/>	Especificar: _____
Não sei/Não me lembro	<input type="checkbox"/>	Perguntar 4.1

4.1) **Uma vez que não consegue referir o seu fim, consegue dizer quanto tempo é que durou a dor?**

Aceitar resposta livre - Se menos de 6 meses – Terminar entrevista  
 \_\_\_\_\_ - Mais de 6 meses, continuar para pergunta 5

Não sei/Não me lembro  Terminar entrevista

5. **Sentia esta dor mais do que uma vez por semana?** (ACEITAR 1 RESPOSTA)

Sim	<input type="checkbox"/>	Continuar com pergunta 6
Não	<input type="checkbox"/>	Terminar entrevista

6. **Por favor, classifique a intensidade da sua dor habitual, atribuindo um número de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor, e 10 a pior dor que consegue imaginar.** (ACEITAR 1 RESPOSTA; CONTINUAR COM A PERGUNTA SEGUINTE)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **Por favor, classifique a intensidade máxima de dor que já sentiu, atribuindo um número de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor, e 10 a pior dor que consegue imaginar.** (ACEITAR 1 RESPOSTA; CONTINUAR COM A PERGUNTA SEGUINTE)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Por favor, classifique a intensidade de dor que está a sentir neste momento, atribuindo um número de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor, e 10 a pior dor que consegue imaginar.** (ACEITAR 1 RESPOSTA; CONTINUAR COM A PERGUNTA SEGUINTE)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **A dor que sentiu após a cirurgia apresentou/apresenta uma ou mais das características seguintes?** (ACEITAR 1 RESPOSTA EM CADA; CONTINUAR COM A PERGUNTA SEGUINTE)

• Queimadura:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
• Sensação de frio doloroso:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
• Choques elétricos:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

10. **Na mesma região da dor, sentiu/sente também um ou mais dos seguintes sintomas?** (ACEITAR 1 RESPOSTA EM CADA; CONTINUAR COM A PERGUNTA SEGUINTE)

Sente formigueiro:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Sente picadas:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Sente dormência:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Sente comichão:	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

11. **Alguma vez foi ao médico por causa dessa dor?** (ACEITAR 1 RESPOSTA; CONTINUAR COM A PERGUNTA SEGUINTE)

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

12. **Fez algum tratamento ou medicação para essa dor?** (ACEITAR 1 RESPOSTA)

Sim	<input type="checkbox"/>	Perguntar 12.1
Não	<input type="checkbox"/>	Continuar com pergunta 13

12.1 **Que tratamento ou medicação fez?** (ANOTAR RESPOSTA LIVRE; CONTINUAR COM PERGUNTA 13)

13. **Até que ponto é que os tratamentos e medicamentos aliviam a sua dor? De 0-100% qual é a percentagem de alívio que sentiu/sente? (ANOTAR RESPOSTA LIVRE; CONTINUAR COM PERGUNTA 14)**

---

14. **Escolha, de 0 a 10, de que modo a dor interferiu com o seu dia-a-dia; sendo 0 não interferiu, e 10 interferiu completamente: (LER LISTA, ACEITAR 1 RESPOSTA EM CADA)**

- De 0 a 10, de que modo a dor interferiu na sua atividade geral?
  - De 0 a 10, de que modo a dor interferiu na sua disposição?
  - De 0 a 10, de que modo a dor interferiu na sua capacidade para andar a pé?
  - De 0 a 10, de que modo a dor interferiu na sua atividade laborar?
  - De 0 a 10, de que modo a dor interferiu nas suas atividades domésticas?
  - De 0 a 10, de que modo a dor interferiu nas relações com as outras pessoas?
  - De 0 a 10, de que modo a dor interferiu no seu sono?
  - De 0 a 10, de que modo a dor interferiu no seu prazer de viver?
- |  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**NOTAS:**

Terminar: Estas eram todas as questões que tinha. **Muito obrigado(a) pela sua colaboração. Boa tarde.**