



EHIS

INQUÉRITO SOBRE A SAÚDE DOS RESIDENTES



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la Santé



LUXEMBOURG
INSTITUTE
OF HEALTH
RESEARCH DEDICATED TO LIFE

INQUÉRITO SOBRE A SAÚDE DOS RESIDENTES

Exma. Senhora, Exmo. Senhor,

Agradecemos a sua participação no inquérito sobre a saúde dos residentes¹.

Este inquérito, organizado pelo Ministério da Saúde e pela Direção da saúde (órgãos com responsabilidade conjunta pelo tratamento de dados nos termos do RGPD²) em colaboração com o *Luxembourg Institute of Health (LIH)*, tem como objetivo recolher dados sobre o estado de saúde dos residentes no Grão-Ducado de Luxemburgo de modo a:

- adaptar o sistema de saúde às necessidades reais da população,
- avaliar o resultado das políticas de saúde,
- analisar, a nível nacional, a evolução dos resultados ao longo do tempo e comparar os resultados com os de outros países europeus.

Um inquérito semelhante foi realizado em 2014 no Luxemburgo. Os resultados estão disponíveis no site *Sante.lu*³.

Este inquérito visa os residentes com **pelo menos 15 anos de idade** que vivem em **residências privadas**.

Caso esteja a viver numa instituição ou num agregado coletivo (*ex.: hospitais, lares ou asilos, prisões, casernas militares, instituições religiosas, pensões, albergues*), não poderá participar neste inquérito, dado que somente as pessoas que vivem em residências privadas são o público-alvo do inquérito.

Este questionário inclui quatro módulos: o estado de saúde, o recurso a tratamentos de saúde, os fatores determinantes da saúde e variáveis socioeconómicas gerais.

O questionário não contém o seu nome, nem a sua data de nascimento ou morada. As informações recolhidas (sexo, ano de nascimento, município de residência e país de nascimento) não permitem identificá-lo(a) diretamente. Garantimos a confidencialidade das suas respostas.

Os dados recolhidos serão transmitidos ao Eurostat, o Serviço de Estatística da União Europeia, segundo os termos do artigo 6 do Regulamento (UE) 2018/255 da Comissão de 19 de fevereiro de 2018 sobre o inquérito europeu de saúde por entrevista (EHIS).

¹ Regulamento (UE) 2018/255 da Comissão de 19 de fevereiro de 2018 sobre o inquérito europeu de saúde por entrevista (EHIS)

² Regulamento Geral sobre a Proteção dos Dados

³ <http://sante.public.lu/fr/statistiques/ehis/index.html>

Os questionários em papel e os questionários eletrónicos serão destruídos dois anos após o final da recolha de dados. Contudo, os dados extraídos dos questionários serão armazenados de forma anónima durante as diferentes fases do inquérito EHIS solicitado pela União Europeia.

A sua participação não é obrigatória, mas é fundamental para obter um retrato do estado da saúde que seja fiel à realidade. Quanto mais pessoas participarem, mais os dados recolhidos refletirão o estado real da saúde da população no Luxemburgo.

Qualquer informação ou pergunta sobre a proteção de dados e qualquer solicitação relativa ao exercício de seus direitos, pode ser dirigida por escrito ao seguinte endereço:

Ministère de la Santé

Direction de la santé

Villa Louvigny

Allée Marconi

L-2120 Luxembourg

Encarregado da proteção de dados

E-mail : info_donnees_EHIS@ms.etat.lu

O Regulamento Geral sobre a Proteção dos Dados confere-lhe o direito de submeter uma reclamação junto à Comissão Nacional para a Proteção dos Dados (CNPD), 1, avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette - www.cnpd.public.lu.

ACORDO DOS PAIS PARA A PARTICIPAÇÃO DE MENORES DE IDADE

Se tiver menos de 18 anos:

- SIM**, informou seus pais e eles deram o acordo para sua participação neste inquérito

- NÃO**, seus pais não deram o acordo para a sua participação neste inquérito e você não poderá responder este questionário

CONSELHOS PARA RESPONDER AO QUESTIONÁRIO

Os conselhos que se seguem têm como objetivo ajudá-lo(a) a responder às perguntas deste inquérito.

Os resultados deste inquérito dependem, essencialmente, da qualidade das suas respostas, sendo, por isso, indispensável que responda o mais honestamente possível.

Antes de responder, leia atentamente cada pergunta, bem como as modalidades de resposta.

1) Perguntas de escolha múltipla: Assinale com uma cruz, a caixa que melhor descreve a sua resposta à pergunta. Assinale apenas uma caixa por pergunta, a menos que contenha a indicação “Várias respostas possíveis”.

Exemplo : Qual é o seu sexo?

Masculino

Feminino

2) A resposta deve ser um número ou um texto: Introduza a sua resposta nas caixas apresentadas em baixo.

Exemplo : Qual é a sua altura (sem sapatos)?

cm

3) Quando surgir este símbolo → depois de uma modalidade de resposta pode avançar para a pergunta seguinte.

Exemplo : Fuma algum tipo de produto de tabaco (excluindo cigarros electrónicos ou outros dispositivos electrónicos semelhantes)?

Sim, todos os dias

Sim, ocasionalmente

Não, nunca → **Passar à pergunta 4.19**

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS

1.01. Qual é o seu sexo?

- Masculino
- Feminino

1.02. Qual é o ano do seu nascimento?

--	--	--	--

Já completou o seu aniversário em 2019?

- Sim
- Não

1.03. Em que cidade vive?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.04. Qual é o seu país de nascimento?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.05. Qual(ais) é(são) a(s) sua(s) nacionalidade(s)?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.06. Qual é o país de nascimento do seu pai?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.07. Qual é o país de nascimento da sua mãe?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A próxima pergunta diz respeito ao nível de ensino ou ao diploma mais elevado que completou com sucesso.

Se ainda frequenta o ensino secundário, a universidade ou um curso de aprendizagem, esta pergunta não se refere ao programa académico que está atualmente a frequentar, mas sim ao nível mais elevado que já completou com sucesso.

1.08. Qual é o nível de ensino ou o diploma **mais elevado** que completou **com sucesso**?

- Infantário**, pré-primária (educação pré-escolar)
- Ensino básico** (escola primária)
- Ensino secundário inferior** (primeiro ciclo do ensino secundário)
- Ensino secundário superior** (segundo ciclo do ensino secundário)
- Ensino pós-secundário não superior** (escola profissional ou aulas de preparação para o ensino superior se não existir um acesso direto a partir do nível secundário)
- Ensino superior; curta duração** (escola técnica profissional de nível avançado ou universidade, 2 anos completados com sucesso)
- Licenciatura** ou equivalente (escola técnica profissional de nível avançado ou universidade, 3-4 anos completados com sucesso)
- Mestrado** ou equivalente (escola técnica profissional de nível avançado ou universidade, 5 anos completados com sucesso)
- Doutoramento** ou equivalente (PhD)

1.09. Como definiria a sua situação de trabalho atual?

- Empregado
- Desempregado
- Reformado
- Incapaz de trabalhar devido a problemas de saúde
- Estudante, aluno
- Realizando tarefas domésticas (não remuneradas)
- Serviço militar ou cívico
- Outro

**Passar à
pergunta 1.14**

1.10. No seu emprego actual trabalha a tempo completo ou parcial?

- Tempo completo
- Tempo parcial

1.11. É trabalhador por conta própria ou por conta de outrem?

- Trabalhador por conta própria com empregados
- Trabalhador por conta própria sem empregados
- Trabalhador por conta de outrem (empregado)
- Trabalho familiar (não remunerado)

1.12. Qual é a sua **profissão** atual? Especifique a sua profissão e descreva a sua ocupação principal de forma exata.

Esta pergunta diz respeito a trabalhos de tipo remunerado. Caso possua várias ocupações, considere a ocupação principal, isto é a ocupação na qual geralmente trabalha mais horas.

Seja o mais preciso possível na designação da sua profissão como nos exemplos seguintes:

- Não electricista, mas instalador electricista
- Não funcionário, mas mecânico de automóveis, caixeiro nos correios, professor
- Não informático, mas programador, administrador de redes, operador "help desk"
- Não secretária, mas secretária médica, secretária jurídica

1.13. A que setor de **atividade económica** pertence a sua entidade patronal (local de trabalho/empresa) ?

Se estiver empregado através de uma agência temporária, indique o ramo da empresa na qual trabalha e não a agência temporária.

Faça uma cruz na caixa que melhor corresponde. Apenas uma resposta possível.

- Agricultura, silvicultura e pesca
- Indústrias extrativas *(por exemplo: extração de pedras e areia)*
- Indústria transformadora *(por exemplo: indústrias alimentares, fabricação de produtos químicos, de produtos plásticos, de metais)*
- Distribuição de eletricidade, gás, vapor e ar condicionado
- Distribuição de água; tratamento, gestão de resíduos e despoluição
- Construção
- Comércio, reparação de veículos automóveis e motociclos *(por exemplo: grossistas ou venda a retalho de todos os tipos de mercadorias, oficinas de reparação de automóveis)*
- Transportes e armazenagem *(por exemplo: transportes, armazenagem, atividades postais e de correios)*
- Alojamento e restauração *(por exemplo: hotéis, restaurantes, cafés)*
- Informação e comunicação *(por exemplo: atividades de edição, telecomunicações, programação de computadores)*
- Atividades financeiras e de seguros
- Atividades imobiliárias *(por exemplo: venda ou arrendamento de imóveis)*
- Atividades de consultoria, científicas e técnicas *(por exemplo: atividades jurídicas e de contabilidade, gabinete de arquitetos, investigações científicas, agências de publicidade, consultório veterinário)*
- Atividades administrativas e serviços de apoio *(por exemplo: atividades de aluguer (p.ex. carro), agências de trabalho temporário, agências de viagem, serviços de segurança privada, serviços de limpeza, centros de atendimento)*
- Administração pública *(por exemplo: ministérios, administrações municipais, CNS, polícia, exército)*
- Educação *(por exemplo: escolas, universidades, escolas de condução, escolas de música e de dança)*
- Saúde humana e ação social *(por exemplo: hospitais, atividades de cuidados de saúde com alojamento, atividades de acção social)*
- Atividades artísticas, de espetáculos e de lazer *(por exemplo: atividades artísticas, bibliotecas, museus, casinos, atividades desportivas)*
- Outras atividades de serviços *(por exemplo: sindicatos, organizações religiosas, reparação de objetos pessoais tais como computadores, limpeza a seco de têxteis, cabeleireiro, atividades funerárias)*
- Atividades de oferta de serviços domésticos; produção de bens e serviços pelas famílias para uso próprio *(por exemplo: atividades das famílias empregadores de pessoal doméstico como, por exemplo, empregados domésticos, cozinheiros, jardineiros, mordomos)*
- Atividades dos organismos extraterritoriais e outras instituições *(por exemplo: atividades de organizações internacionais: Comissão Europeia, OTAN)*

1.14. Vive com um(a) parceiro(a) no mesmo agregado familiar (marido, mulher, parceiro civil, parceiro ou companheiro(a))?

Sim

Não

1.15. Qual é o seu estado civil legal?

Nunca casei nem nunca estive numa união de facto (parceria registada – PACS)

Casado ou numa união de facto (parceria registada – PACS)

Viúvo ou numa união de facto (parceria registada – PACS) registada que terminou com a morte do parceiro (não voltou a casar nem está numa nova união de facto [PACS])

Divorciado ou numa união de facto (parceria registada – PACS) registada que foi legalmente dissolvida (não voltou a casar nem está numa nova união de facto [PACS])

1.16. Quantas pessoas geralmente vivem no seu agregado familiar incluindo o(a) próprio(a)?

pessoas

1.17. Quantas pessoas de 13 anos ou menos vivem em seu agregado familiar?

pessoas

1.18. Em que tipo de agregado familiar vive?

Uma pessoa

Agregado monoparental - pai ou mãe com pelo menos um filho com menos de 25 anos

Agregado monoparental - pai ou mãe com todos os filhos com 25 anos ou mais

Casal sem filho(s)

Casal com pelo menos um filho com menos de 25 anos

Casal com todos os filhos com 25 anos ou mais

Outro tipo de agregado familiar

1.19. Qual é o rendimento mensal **líquido** do seu agregado familiar?

Relativamente ao seu agregado familiar, inclua o rendimento proveniente de atividades profissionais, subsídios de desemprego, rendimento mínimo garantido, reformas, pensões de sobrevivência, subsídios/pensões por doença ou invalidez, abonos de família/subsídios de crianças, ajudas de custo, bolsas de estudo e outros subsídios regulares, com dedução de impostos.

- Menos de 1 000 Euros
- 1 000 a 1 499 Euros
- 1 500 a 1 999 Euros
- 2 000 a 2 499 Euros
- 2 500 a 2 999 Euros
- 3 000 a 3 499 Euros
- 3 500 a 3 999 Euros
- 4 000 a 4 499 Euros
- 4 500 a 4 999 Euros
- 5 000 a 5 999 Euros
- 6 000 a 6 999 Euros
- 7 000 a 7 999 Euros
- 8 000 a 8 999 Euros
- 9 000 a 9 999 Euros
- 10 000 a 12 500 Euros
- Mais de 12 500 Euros
- Prefiro não responder

2. ESTADO DE SAÚDE

O capítulo seguinte diz respeito à sua saúde.

2.01. Como classifica o seu estado de saúde em geral?

- Muito bom
- Bom
- Razoável (nem bom nem mau)
- Mau
- Muito mau

2.02. Sofre de doença(s) **prolongada(s)** ou problema(s) de saúde prolongado(s)?

O termo 'prolongada/o' refere-se, neste caso, a doenças ou problemas de saúde que se prolongam há 6 meses ou presume-se que durem pelo menos 6 meses.

- Sim
- Não

2.03. Sofre de restrições (limitações) em atividades normalmente exercidas por outras pessoas devido a um problema de saúde?

- Restrições graves (estou muito limitado)
- Restrições, mas não muito graves (limitado mas não muito)
- Sem restrições (limitações) —→ **Passar à pergunta 2.05 (Doenças e afeções crónicas)**

2.04. Sofreu de restrições (limitações) pelo menos nos últimos 6 meses?

- Sim
- Não

Doenças e afeções crónicas

2.05. Como descreveria o estado dos seus dentes e das suas gengivas?

- Muito bom
- Bom
- Razoável (nem bom nem mau)
- Mau
- Muito mau

2.06. Nos **últimos 12 meses**, sofreu de alguma das seguintes doenças ou condições médicas?

Asma (incluindo asma alérgica)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou enfisema	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Enfarte do miocárdio (ataque cardíaco) ou consequências crónicas de enfarte do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Doença coronária ou angina de peito	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tensão alta (hipertensão arterial)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acidente Vascular Cerebral (AVC) (hemorragia cerebral, trombose cerebral) ou consequências crónicas de AVC	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Artrose (excluindo artrite)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dores lombares ou outras dores crónicas nas costas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dores cervicais ou outras dores crónicas no pescoço	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Alergias (exceto asma alérgica) como : rinite alérgica, febre dos fenos alérgica, conjuntivite alérgica, dermatite alérgica, alergia alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cirrose hepática	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Incontinência urinária, problemas de controlo da bexiga	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Problemas renais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Depressão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Alto nível de colesterol ou de lipídeos no sangue	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Acidentes e lesões

2.07. Nos **últimos 12 meses**, sofreu algum dos seguintes acidentes, que tenham originado uma lesão?

Considere igualmente lesões resultantes de uma intoxicação, ou provocadas por um animal ou insetos. Lesões resultantes de atos intencionais praticados por terceiros (agressões), são excluídas.

Acidente de viação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acidente doméstico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acidente em atividades de lazer (<i>excluído acidente doméstico</i>)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

↓
**Se respondeu NÃO a
TODAS as perguntas,
passe à pergunta 2.09
(Ausência laboral)**

2.08. Devido a esse(s) acidente(s), precisou de cuidados médicos?

Caso tenha ocorrido mais do que um acidente, a pergunta diz respeito ao acidente mais grave.

- Sim, tive de ir ao hospital ou outro estabelecimento de saúde e fiquei internado/a durante a noite
- Sim, tive de ir ao hospital ou outro estabelecimento de saúde mas não fiquei internado/a durante a noite
- Sim, fui tratado por um médico ou um(a) enfermeiro(a) fora do hospital
- Não precisei de consulta nem de cuidados

Ausência laboral (por razões de saúde)

2.09. Nos **últimos 12 meses**, alguma vez faltou ao trabalho devido a problemas de saúde?

Considere todos os tipos de doenças, lesões e outros problemas de saúde que tenha sofrido e que possam ter causado a sua ausência no trabalho.

Excluindo: licença pré-natal, licença de maternidade, licença parental, licença sem vencimento, etc.

- Sim
- Não → **Passar à pergunta 2.11**
- Não trabalho → **Passar à pergunta 2.12**

2.10. Nos **últimos 12 meses**, quantos dias, no total, faltou ao trabalho devido a problemas de saúde?

dias

2.11. Nos **últimos 12 meses**, já foi trabalhar enquanto estava doente?

Sim

Em caso positivo, em quantos dias nos últimos 12 meses?

dias

Não

Limitações funcionais

Esta secção diz respeito à sua saúde física em geral. Estas perguntas estão relacionadas com a sua capacidade para realizar diferentes atividades básicas. Não considere quaisquer problemas passageiros.

2.12. Usa óculos ou lentes de contacto?

- Sim
- Não
- Sou cego/a ou não consigo ver de todo

2.13. Tem dificuldade em ver?

Mesmo usando óculos ou lentes de contacto, se for o caso.

- Nenhuma dificuldade
- Alguma dificuldade
- Muita dificuldade
- Não vejo de todo / Incapaz

2.14. Usa prótese auditiva?

- Sim
- Não
- Sou totalmente surdo/a

2.15. Tem dificuldade em ouvir o que é dito numa conversa com uma só pessoa ...

Mesmo usando a prótese auditiva, se for o caso.

	Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não consigo de todo / Incapaz
...num espaço silencioso ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...num espaço ruidoso ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.16. Tem dificuldade em andar meio quilómetro (500 metros) em terreno plano sem qualquer ajuda?

O equivalente ao comprimento de 5 campos de futebol.

- Nenhuma dificuldade
- Alguma dificuldade
- Muita dificuldade
- Não consigo de todo / Incapaz

2.17. Tem dificuldade em subir ou descer 12 degraus?

O equivalente a um lanço de escadas.

- Nenhuma dificuldade
- Alguma dificuldade
- Muita dificuldade
- Não consigo de todo / Incapaz

2.18. Tem dificuldades de memória ou de concentração?

- Nenhuma dificuldade
- Alguma dificuldade
- Muita dificuldade
- Não consigo de todo / Incapaz

2.19. Tem dificuldades em morder ou mastigar alimentos sólidos como uma maçã firme?

- Nenhuma dificuldade
- Alguma dificuldade
- Muita dificuldade
- Não consigo de todo / Incapaz

Cuidados pessoais

Pense agora nas atividades quotidianas relacionadas com os seus cuidados pessoais. Não considere quaisquer problemas passageiros.

2.20. Costuma ter dificuldade em realizar alguma das atividades seguintes sem ajuda?

	Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não consigo de todo / Incapaz
Alimentar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deitar-se ou levantar-se da cama ou sentar-se ou levantar-se numa cadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se ou despir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar a retrete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar banho ou duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Se respondeu NENHUMA DIFICULDADE a TODAS as perguntas, passe à pergunta 2.23 (Atividades domésticas)

Pense em todas as atividades relacionadas com os seus cuidados pessoais que tem dificuldade em realizar sem ajuda.

2.21. Recebe habitualmente ajuda para realizar alguma dessas atividades?

- Sim, pelo menos para uma atividade
- Não

2.22. Precitaria de mais ajuda ou de ajuda caso não tenha?

- Sim, pelo menos para uma atividade
- Não

Atividades domésticas

Pense agora em algumas atividades domésticas quotidianas. Não considere quaisquer problemas passageiros.

2.23. Costuma ter dificuldade em realizar alguma das atividades seguintes sem ajuda?

	Nunca tentei ou não preciso fazê-lo	Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não consigo de todo / Incapaz
Preparar refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar o telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir às compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerir a medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarefas domésticas ligeiras (fazer a cama, lavar a louça...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarefas domésticas ocasionais pesadas (Limpar as janelas, transportar compras pesadas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerir as finanças e tarefas administrativas quotidianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu NENHUMA DIFICULDADE ou NUNCA TENTEI OU NÃO PRECISO FAZÊ-LO a TODAS as perguntas, passe à pergunta 2.26 (Dor)

Pense em todas as atividades domésticas quotidianas que tem dificuldade em realizar sem ajuda.

2.24. Recebe habitualmente ajuda para realizar alguma dessas atividades?

- Sim, pelo menos para uma atividade
- Não

2.25. Precitaria de mais ajuda ou de ajuda caso não tenha?

- Sim, pelo menos para uma atividade
- Não

Dor

As próximas perguntas dizem respeito à dor física que sentiu nas últimas 4 semanas.

2.26. Nas **últimas 4 semanas**, qual foi a intensidade da sua dor física?

- Nenhuma
- Muito ligeira
- Ligeira
- Moderada
- Intensa
- Muito intensa

2.27. Nas **últimas 4 semanas**, em que medida a dor interferiu com o seu trabalho habitual (incluindo trabalho fora de casa e tarefas domésticas)?

- Nada
- Um pouco
- Moderadamente
- Muito
- Extremamente

Saúde mental

As perguntas seguintes dizem respeito a como se sente e como se encontrou ao longo das últimas duas semanas.

Para cada pergunta, por favor selecione a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido.

2.28. Nas **últimas 2 semanas**, com que frequência, foi afetado/a por algum dos seguintes problemas?

	Nunca	Em vários dias	Em mais de metade dos dias	Em quase todos os dias
Ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir desânimo, desalento ou falta de esperança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormir demais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentir cansaço ou ter falta de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter falta ou excesso de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentimentos negativos relativamente a si próprio/a - sensação de ser um(a) falhado/a ou de desiludir a si próprio/a ou a sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter dificuldade em concentrar-se em diferentes coisas tais como ler o jornal ou ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimentar-se ou falar tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estar agitado/a ao ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.29. **Alguma vez** tentou cometer suicídio?

Sim

Em caso positivo, quantas vezes?

 vezes

Não → **Passar à pergunta 3.01**

2.30. Caso tenha tentado cometer suicídio alguma vez, foi levado(a) para um hospital (com ou sem internamento hospitalar)?

Sim

Não

Em caso negativo, procurou um profissional de saúde? Sim Não

3. CUIDADOS DE SAÚDE

Assistência hospitalar e ambulatória



As próximas perguntas dizem respeito ao tempo passado no hospital. Considere todos os tipos de estabelecimentos hospitalares ou clínicas.

Se for uma **mulher** que acabou **de dar à luz**, o tempo passado no hospital para o parto não deve ser contabilizado.

3.01. Nos **últimos 12 meses**, esteve internado/a em algum hospital?

Não deve ter em conta consultas no serviço de urgência ou consultas em ambulatório, isto é consultas realizadas num hospital como doente externo (por exemplo, deslocar-se ao hospital apenas para ter uma consulta).

Sim

Em caso positivo, quantas noites nos **últimos 12 meses**? noites

Não

3.02. Nos **últimos 12 meses** recebeu assistência ambulatória num hospital, isto é deu entrada para fins de diagnóstico, tratamento ou outros tipos de cuidados de saúde, sem precisar de ficar internado/a durante a noite?

Sim

Em caso positivo, quantas vezes nos **últimos 12 meses**? vezes

Não

Assistência ambulatória e ao domicílio

3.03. Quando foi a **última vez** que consultou um dentista ou um ortodontista, para um tratamento pessoal?

Para um tratamento pessoal significa sem ser para acompanhar um filho, marido/mulher, etc.

Há menos de 6 meses

Entre 6 e menos de 12 meses

Há 12 meses ou mais

Nunca

As próximas perguntas dizem respeito a consultas com o seu **médico de clínica geral** ou **médico de família**. Inclua não só as consultas no consultório do médico, mas também as consultas ao domicílio e de aconselhamento por telefone.

3.04. Quando foi **a última vez** que consultou um médico de clínica geral ou o médico de família para um tratamento pessoal?

- Há menos de 12 meses
- Há 12 meses ou mais
- Nunca

3.05. Nas **últimas 4 semanas**, quantas vezes consultou um médico de clínica geral ou o médico de família para um tratamento pessoal?

vezes Nunca

3.06. Quando foi **a última vez** que consultou um médico ou cirurgião especialista para um tratamento pessoal?

Considere as consultas realizadas no hospital como doente externo ou num serviço de urgência, mas não considere as consultas médicas enquanto esteve internado/a ou durante a hospitalização ambulatoria.

Devem ser incluídos: cirurgião dentário, consultas médicas no local de trabalho
Devem ser excluídos: dentista e especialista de ortodontia

- Há menos de 12 meses
- Há 12 meses ou mais
- Nunca

3.07. Nas **últimas 4 semanas**, quantas vezes consultou um médico ou cirurgião especialista para um tratamento pessoal?

vezes Nunca

As próximas perguntas dizem respeito à **última vez que teve uma consulta com um médico** (qualquer médico: clínica geral ou especialista).

3.08. O médico dedicou tempo suficiente consigo durante esta **última consulta**?

- Sim, com certeza
- Sim, em certa medida
- Não, não muito
- Não, de maneira nenhuma
- Não sei

3.09. O médico explicou as coisas de maneira compreensível durante a **última consulta**?

- Sim, com certeza
- Sim, em certa medida
- Não, não muito
- Não, de maneira nenhuma
- Não sei

3.10. O médico deu-lhe a oportunidade de fazer perguntas ou expressar dúvidas/preocupações sobre o tratamento recomendado durante a **última consulta**?

- Sim, com certeza
- Sim, em certa medida
- Não, não muito
- Não, de maneira nenhuma
- Não sei

3.11. O médico envolveu-o(a) tanto quanto desejaria em decisões sobre os cuidados e o tratamento durante a **última consulta**?

- Sim, com certeza
- Sim, em certa medida
- Não, não muito
- Não, de maneira nenhuma
- Não, não quis ser envolvido(a)
- Não foram tomadas decisões sobre o tratamento
- Não sei

3.12. Nos **últimos 12 meses**, consultou para tratamento pessoal um...?

Fisioterapeuta, cinesioterapeuta ou osteopata	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Terapeuta da fala	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Psicólogo, psiquiatra or psicoterapeuta	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

A próxima pergunta diz respeito aos **cuidados ao domicílio**, abrangendo um vasto leque de serviços de saúde e serviços sociais prestados a pessoas com problemas de saúde, na sua casa. Estes serviços compreendem, por exemplo: cuidados ao domicílio por um/a enfermeiro/a ou parteira, ajuda ao domicílio para os trabalhos domésticos ou dirigida a pessoas idosas, serviços de refeições ou de transporte.

Só devem ser incluídos os serviços realizados por profissionais de saúde ou trabalhadores/assistentes sociais.

3.13. Nos **últimos 12 meses**, utilizou ou recebeu serviços de cuidados domiciliários?

Sim

Não

Consumo de medicamentos

3.14. Nas **últimas 2 semanas**, tomou algum(ns) medicamento(s) receitado(s) por um médico?



Se for uma mulher, exclua as pílulas ou hormonas exclusivamente destinadas à contraceção.

Sim

Não

3.15. Nas **últimas 2 semanas**, tomou algum(uns) medicamento(s), medicamento(s) natural(is) à base de plantas ou vitaminas **não** receitados por um médico?



Se for uma mulher, exclua as pílulas ou hormonas exclusivamente destinadas à contraceção.

Sim

Não

Serviços preventivos

3.16. Quando foi a **última vez** que foi vacinado/a contra a gripe?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Mês

Ano

Há muito tempo (antes do ano passado)

Nunca

3.17. Quando foi a **última vez** que foi medido(a) por um profissional de saúde...

	Nos últimos 12 meses	Entre 1 ano e menos de 3 anos	Entre 3 anos e menos de 5 anos	Há 5 anos ou mais	Nunca
...a sua tensão arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... o seu nível de colesterol no sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... a sua glicemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.18. Quando foi a **última vez** que fez uma análise de presença de sangue nas fezes?

O objetivo desta análise é detetar uma eventual perda de sangue no trato gastrointestinal, em qualquer local entre a boca e o cólon.

Nos últimos 12 meses

Entre 1 ano e menos de 2 anos

Entre 2 anos e menos de 3 anos

Há 3 anos ou mais

Nunca

3.19. Quando foi a **última vez** que fez uma colonoscopia?

Trata-se um exame visual do cólon (por meio de um colonoscópio) do reto ao ceco realizado em geral no hospital.

Nos últimos 12 meses

Entre 1 ano e menos de 5 anos

Entre 5 anos e menos 10 anos

Há 10 anos ou mais

Nunca



Estas perguntas dizem respeito à saúde das mulheres.

Se for um homem, passe à pergunta 3.21

3.20. Quando foi a **última vez** que fez ...



	Nos últimos 12 meses	Entre 1 ano e menos de 2 anos	Entre 2 anos e menos de 3 anos	Há 3 anos ou mais	Nunca
... uma mamografia (radiografia da mama)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... uma citologia cervical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas

Por vezes, as pessoas têm dificuldade em receber determinados cuidados médicos de que precisam ou não os recebem. As perguntas que se seguem, são colocadas para saber se já foi confrontado/a com estes problemas nos últimos 12 meses.

3.21. Nos **últimos 12 meses**, viu-se confrontado/a com o adiamento de algum(ns) cuidado(s) de saúde devido a ...?

	Sim	Não	Não precisei de cuidados de saúde
O tempo necessário para conseguir uma consulta era demasiado prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de distância ou de transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.22. Nos **últimos 12 meses**, aconteceu-lhe não poder pagar os seguintes cuidados de saúde, embora tivesse necessidade deles?

	Sim	Não	Não precisei de cuidados de saúde
Exames ou tratamentos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exames ou tratamentos dentários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos com receita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de saúde mental (por um psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra, por exemplo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. DETERMINANTES DE SAÚDE

Peso e altura

4.01. Qual é a sua altura (sem sapatos)?

cm

4.02. Qual é o seu peso (sem roupa nem sapatos)?

Se está grávida, indique o seu peso antes da gravidez.

kg

Atividade / exercício físico

As próximas perguntas dizem respeito ao tempo que passa em diferentes atividades físicas, numa semana normal. Agradecemos que responda a estas perguntas, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa.

Em primeiro lugar, pense no tempo que dedica à principal atividade (trabalho, atividade doméstica ou educação). Considere como trabalho todas as coisas que seja obrigado a fazer, remuneradas ou não, como por exemplo, quaisquer trabalhos domésticos, cuidar da família, estudar ou receber formação.

4.03. Qual das seguintes opções descreve melhor os esforços que realiza na sua **principal atividade** (trabalho, atividade doméstica ou educação)?

- Principalmente em posição sentada ou em pé
- Principalmente em movimento ou em tarefas que exigem esforço físico moderado
- Principalmente trabalhos pesados ou fisicamente exigentes
- Não executa qualquer tipo de actividade

As próximas perguntas **excluem as atividades físicas realizadas durante a sua principal atividade** (trabalho, atividades domésticas ou educação), que acabou de mencionar. Gostaríamos agora de lhe fazer perguntas sobre a forma como habitualmente se desloca para ir ou para regressar de um local. Por exemplo: para ir para o trabalho, para a escola, às compras ou ir ao mercado.

4.04. Numa **semana** normal, em quantos dias **caminha** durante, pelo menos, 10 minutos seguidos para ir ou para regressar de um local?

dias → **Se 0 dias, passar à pergunta 4.06**

4.05. Num **dia** normal, durante quanto tempo **caminha** para ir ou para regressar de um local (por favor some todas as distâncias de 10 minutos seguidos)?

- 10 a 29 minutos por dia
- 30 a 59 minutos por dia
- Entre 1 hora e menos de 2 horas por dia
- Entre 2 horas e menos de 3 horas por dia
- 3 horas ou mais por dia

4.06. Numa **semana** normal, em quantos dias se desloca de **bicicleta** durante, pelo menos, 10 minutos seguidos para ir ou para regressar de um local?

*Incluindo também outros meios de transporte **não motorizados**, como trotineta, patins, skate, etc..*

dias → **Se 0 dias, passar à pergunta 4.08**

4.07. Num **dia** normal, durante quanto tempo anda de **bicicleta** para ir e para regressar de um local (por favor some todas as distâncias de 10 minutos seguidos)?

- 10 a 29 minutos por dia
- 30 a 59 minutos por dia
- Entre 1 hora e menos de 2 horas por dia
- Entre 2 horas e menos de 3 horas por dia
- 3 horas ou mais por dia

As próximas perguntas **excluem as atividades realizadas durante a sua principal atividade** (trabalho, atividades domésticas ou educação) e as **deslocações** já referidas. Agora, gostaríamos de lhe fazer perguntas sobre as atividades desportivas, de fitness e de lazer que provoquem, pelo menos, uma ligeira aceleração da respiração ou da frequência cardíaca, como por exemplo, andar em passo acelerado, jogar à bola, praticar jogging, ciclismo ou natação, etc.

- 4.08. Numa **semana** normal, em quantos dias pratica **atividades desportivas, de fitness ou outras atividades físicas recreativas** durante, pelo menos, 10 minutos seguidos?

dias → Se 0 dias, passar à pergunta 4.10

- 4.09. Quanto tempo passa, no total, a praticar **atividades desportivas, de fitness ou outras atividades físicas recreativas**, numa **semana** normal?

: por semana
Horas Minutos

A próxima pergunta diz respeito a todas as atividades físicas especificamente destinadas a reforçar os músculos, tais como treinos de resistência ou exercícios de musculação (por exemplo, utilizando pesos, elásticos, o seu próprio peso, fazendo flexões dos joelhos [squats], flexões do corpo e abdominais, etc.).

Inclua todas as atividades deste tipo, mesmo que já as tenha referido antes.

- 4.10. Numa **semana** normal, em quantos dias pratica especificamente atividades físicas destinadas a reforçar os músculos, como **treinos de resistência ou exercícios de musculação**?

dias

A última pergunta neste módulo refere-se a estar sentado(a) no trabalho, em casa, em deslocamentos de ida e volta, ou em estar sentado(a) com amigos, inclusive o tempo passado sentado(a) numa mesa/secretária, sentado(a) com amigos viajando de automóvel, autocarro, comboio, a ler, a jogar cartas, ou a assistir televisão num dia típico; **mas o tempo passado a dormir não deve ser incluído aqui.**

- 4.11. Quanto tempo passa sentado(a) ou deitado(a) num **dia** típico (sem dormir)?

- Menos de 4 horas
- Entre 4 horas e menos de 6 horas
- Entre 6 horas e menos de 8 horas
- Entre 8 horas e menos de 10 horas
- Entre 10 horas e menos de 12 horas
- 12 horas ou mais

Hábitos alimentares

4.12. Quantas vezes come frutas (inclusive frutas congeladas, secas, enlatadas, etc.), sem considerar sucos espremidos diretamente da fruta fresca ou preparados a partir de concentrado?

Nunca

Menos de 1 vez por semana

1 a 3 vezes por semana

4 a 6 vezes por semana

Pelo menos 1 vez por dia → Indicar o número de porções : porções

Uma peça de fruta :



1 MAÇÃ



3 ALPERCES



7 MORANGOS



1 SALADA
DE FRUTA PEQUENA



1/2 TORANJA



FRUTOS SECOS



1 COMPOTA
DE FRUTA



1 BANANA

4.13. Quantas vezes come saladas ou verduras (inclusive congeladas, secas, enlatadas, etc.), excluindo sopas, batatas, sumo natural ou sumo feito a partir de concentrado?

- Nunca
- Menos de 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- Pelo menos 1 vez por dia → Indicar o número de porções : porções

Uma porção de legumes :



1/3 DE UM PRATO
DE FEIJÃO VERDE



1/3 DE UM PRATO
DE FEIJÕES



1 TOMATE



1 TIGELA DE ALFACE

4.14. Quantas vezes bebe sumos 100% de fruta ou de verdura, excluindo sumos preparados a partir de concentrados ou sumos adoçados?

- Nunca
- Menos de 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- Pelo menos 1 vez por dia

4.15. Quantas vezes toma refrigerantes açucarados, por exemplo limonada ou coca-cola?

Por favor, não considere refrigerantes light, dietéticos ou adoçados artificialmente.

- Nunca
- Menos de 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por semana
- 4 a 6 vezes por semana
- Pelo menos 1 vez por dia

Tabagismo

As seguintes perguntas referem-se a hábitos de fumo e exposição a fumo de tabaco.

4.16. Fuma algum tipo de produto de tabaco (excluindo cigarros electrónicos ou outros dispositivos electrónicos semelhantes)?

- Sim, todos os dias
- Sim, ocasionalmente → **Passar à pergunta 4.19**
- Não nunca → **Passar à pergunta 4.19**

4.17. Fuma cigarros manufacturados (maço de tabaco) ou enrolados à mão **todos os dias**?

- Sim
- Não → **Passar à pergunta 4.20**

4.18. Quantos cigarros fuma em média **por dia**?

cigarros (em maço ou enrolados à mão) → **Passar à pergunta 4.20**

4.19. Já fumou tabaco (cigarros, charutos, cachimbos) diariamente ou quase diariamente durante pelo menos um ano?

- Sim
- Não → **Passar à pergunta 4.21**

4.20. Quantos anos fumou tabaco diariamente?

Conte todos os períodos em que fumou diariamente, mesmo que tenham sido períodos separados. Se não se lembrar do número exato de anos, por favor indique uma estimativa.

anos

4.21. Com que frequência se vê exposto/a ao fumo do tabaco **em espaços fechados** (em casa, no trabalho, em espaços públicos, em restaurantes, etc.)?

Apenas fumo produzido por outras pessoas deve ser considerado.

- Todos os dias, 1 hora ou mais por dia
- Todos os dias, menos de uma hora por dia
- Pelo menos uma vez por semana (mas não todos os dias)
- Menos de uma vez por semana
- Nunca ou quase nunca

4.22. Usa atualmente cigarros eletrônicos ou dispositivos eletrônicos semelhantes (p.e. e-shisha, e-pipe)?

- Sim, uso diariamente
- Sim, uso de vez em quando
- Não, mas usei no passado
- Nunca usei

4.23. Usa atualmente shisha (exclua e-shisha)?

- Diariamente ou quase todos os dias
- Pelo menos uma vez por semana
- Pelo menos uma vez por mês
- Menos de uma vez por mês
- Não, mas usei no passado
- Nunca

Consumo de álcool

As próximas perguntas dizem respeito ao seu consumo de bebidas alcoólicas de qualquer tipo: isto é, cerveja, vinho, sidra, cocktails, prémix, alcopops, long-drinks, aguardentes, licores, bebidas alcoólicas de produção caseira, etc.

4.24. Já alguma vez consumiu bebidas alcoólicas (mais do que uns goles ou provas)?

Sim

Não, nunca na minha vida → **Passar à pergunta 4.36 (Drogas)**

4.25. Com que idade provou **pela primeira vez** uma bebida alcoólica (mais do que uns goles ou provas)?

anos

4.26. Já alguma vez sentiu necessidade de reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?

Sim

Não

4.27. As pessoas que o rodeiam alguma vez o aborreceram por criticarem o seu consumo de bebidas alcoólicas?

Sim

Não

4.28. Já alguma vez se sentiu mal ou culpado sujeito ao seu consumo de álcool?

Sim

Não

4.29. Já alguma vez teve necessidade de beber álcool logo de manhã para controlar os nervos ou diminuir a ressaca?

Sim

Não

4.30. Nos **últimos 12 meses**, com que frequência consumiu bebidas alcoólicas de qualquer espécie?

- Todos os dias ou quase todos os dias
- 5 - 6 dias por semana
- 3 - 4 dias por semana
- 1 - 2 dias por semana
- 2 - 3 dias por mês
- 1 vez por mês
- Menos de 1 vez por mês
- Nunca nos últimos 12 meses, já não bebo bebidas alcoólicas
- Nunca, ou apenas uns goles ou provas, na minha vida inteira

4.31. De **segunda a quinta-feira** em quantos destes 4 dias consumiu bebidas alcoólicas?

- Todos os 4 dias
- 3 dos 4 dias
- 2 dos 4 dias
- 1 dos 4 dias
- Nenhum dos 4 dias



4.32. De **segunda a quinta-feira**, quantas bebidas alcoólicas padrão (ver figura anterior) consome, em média, por dia quando bebe álcool?

- 16 bebidas ou mais por dia
- 10 - 15 bebidas por dia
- 6 - 9 bebidas por dia
- 4 - 5 bebidas por dia
- 3 bebidas por dia
- 2 bebidas por dia
- 1 bebida por dia
- 0 bebidas por dia

4.33. De **sexta-feira a domingo**, em quantos destes 3 dias consome bebidas alcoólicas?

- Todos os 3 dias
- 2 dos 3 dias
- 1 dos 3 dias
- Nenhum dos 3 dias

4.34. De **sexta-feira a domingo**, quantas bebidas alcoólicas padrão consome, em média, por dia quando bebe álcool?

- 16 bebidas ou mais por dia
- 10 - 15 bebidas por dia
- 6 - 9 bebidas por dia
- 4 - 5 bebidas por dia
- 3 bebidas por dia
- 2 bebidas por dia
- 1 bebida por dia
- 0 bebidas por dia

4.35. Nos **últimos 12 meses**, com que frequência consumiu pelo menos 5 bebidas alcoólicas padrão durante uma mesma ocasião?

Isto é, durante uma festa, uma refeição, uma noite entre amigos, sozinho em casa, etc.

- Todos os dias ou quase todos os dias
- 5 - 6 dias por semana
- 3 - 4 dias por semana
- 1 - 2 dias por semana
- 2 - 3 dias por mês
- 1 vez por mês
- Menos de 1 vez por mês
- Nunca nos últimos 12 meses
- Nunca na minha vida

Drogas

*Este capítulo refere-se exclusivamente ao consumo de substâncias/drogas ilícitas (drogas ilegais) e/ou novas substâncias/drogas psicoativas (NSP, parcialmente não regulamentadas). Por favor, considere que o uso de cannabis ou de produtos/medicamentos baseados em cannabis **prescritos por um médico** (para uso terapêutico) **não deve ser indicado aqui**. A tabela abaixo contém sinónimos e nomes coloquiais usados para as diferentes drogas.*

Cannabis	Haxixe, marijuana, erva, joint, ganja, cânhamo, shit, pot, droga, Marie-Jeanne, charro
Ecstasy	E, MDMA, MD comprimidos, pílula do amor, smilies
Anfetaminas	Speed, cristal, estimulantes, anfes, pep
Metanfetaminas	Meth, crank, cristal, crystal meth, cristina, tina, ice
Cocaína	C, coca, branca, branquinha, gulosa, neve, snow, clia , cola
Heroína	Cavalo, cavalete, chnouk, H, heroa, pó, poeira, noite, produto, castanha, cena, material
Cogumelos alucinogénios	Psilos, cogumelos mágicos
LSD	Ácido, pills, cones, trips
Substâncias voláteis e inalantes	Solventes, cola, spray
Novas substâncias/drogas psicoativas	Substâncias/produtos (comercializados legal ou ilegalmente) que imitam o efeito de drogas ilegais que são controladas (por exemplo, pós, pílulas, comprimidos, líquidos, ervas). Os nomes habitualmente utilizados são: euforizantes legais, drogas de design, smart drugs, químicos de investigação...

4.36. Conhece **pessoalmente** uma ou mais pessoas que consomem substâncias/drogas ilícitas ou NSP?

Sim

Não

Em caso positivo, indique quais (várias respostas possíveis):

Substâncias

Cannabis, haxixe, marijuana	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas, speed	<input type="checkbox"/>
Metanfetaminas, meth	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>
Cogumelos alucinogénios	<input type="checkbox"/>
LSD, ácido, trip	<input type="checkbox"/>
Substâncias voláteis e inalantes, solventes, cola, gás de acendedor/gás do riso	<input type="checkbox"/>
Novas substâncias/drogas psicoativas (NSP), "legal highs", drogas de síntese	<input type="checkbox"/>
Outra(s) (Especifique por favor): _____	<input type="checkbox"/>

4.37. Alguma vez consumiu substâncias/drogas ilícitas ou NSP na sua vida?

- Sim
 Não → **Passar à pergunta 4.41 (Apoio social)**

Em caso positivo, por favor, indique da lista abaixo quais as substâncias/drogas ilícitas ou NSP que já consumiu e que idade tinha no momento do primeiro consumo. Se não se lembrar da idade exata do primeiro consumo da substância, por favor, indique a idade estimada

Substâncias	Já consumiu?	Com que idade consumiu pela primeira vez?
Cannabis, haxixe, marijuana	<input type="checkbox"/>	___ anos
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	___ anos
Anfetaminas, speed	<input type="checkbox"/>	___ anos
Metanfetaminas, meth	<input type="checkbox"/>	___ anos
Cocaína	<input type="checkbox"/>	___ anos
Heroína	<input type="checkbox"/>	___ anos
Cogumelos alucinogénios	<input type="checkbox"/>	___ anos
LSD, ácido, trip	<input type="checkbox"/>	___ anos
Substâncias voláteis e inalantes, solventes, cola, gás de acendedor/gás do riso	<input type="checkbox"/>	___ anos
Novas substâncias/drogas psicoativas (NSP), “legal highs”, drogas de síntese	<input type="checkbox"/>	___ anos
Outra(s) (Especifique por favor): _____	<input type="checkbox"/>	___ anos
Não sei/não tenho a certeza qual/quais droga(s) consumi	<input type="checkbox"/>	___ anos

4.38. Consumiu substâncias/drogas ilícitas ou NSP durante os últimos 12 meses?

- Sim
 Não → **Passar à pergunta 4.41 (Apoio social)**

Em caso positivo, por favor, indique da lista abaixo quais as substâncias/drogas ilícitas ou NSP que consumiu nos últimos 12 meses. Assinale todas as drogas que se apliquem.

Substâncias	Nos últimos 12 meses
Cannabis, haxixe, marijuana	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas, speed	<input type="checkbox"/>
Metanfetaminas, meth	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>
Cogumelos alucinogénios	<input type="checkbox"/>
LSD, ácido, trip	<input type="checkbox"/>
Substâncias voláteis e inalantes, solventes, cola, gás de acendedor/gás do riso	<input type="checkbox"/>
Novas substâncias/drogas psicoativas (NSP), “legal highs”, drogas de síntese	<input type="checkbox"/>
Outra(s)	<input type="checkbox"/>
Consumi alguma droga, mas não sei/não tenho a certeza qual era	<input type="checkbox"/>

4.39. Caso tenha consumido novas substâncias psicoativas (NSP) nos **últimos 12 meses**, qual era seu aspeto/sua forma?

Indique da lista abaixo qual o(s) aspeto(s) das novas substâncias psicoativas que consumiu (várias respostas possíveis).

Aspeto(s) das novas substâncias psicoativas

Misturas de ervas para fumo, com efeitos semelhantes a uma droga	<input type="checkbox"/>
Pós, cristais ou comprimidos, com efeitos semelhantes a uma droga	<input type="checkbox"/>
Líquidos com efeitos semelhantes a uma droga	<input type="checkbox"/>
Outro(s) (Especifique por favor): _____	<input type="checkbox"/>

4.40. Consumiu substâncias/drogas ilícitas ou NSP nos **últimos 30 dias**?

- Sim
 Não → **Passar à pergunta 4.41 (Apoio social)**

Em caso positivo, por favor, indique quais substâncias e em quantos dias as consumiu.

Substâncias	1-3 dias	4-9 dias	10-19 dias	20 dias ou mais
Cannabis, haxixe, marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas, speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metanfetaminas, meth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cogumelos alucinogénios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD, ácido, trip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Substâncias voláteis e inalantes, solventes, cola, gás de acendedor/gás do riso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Novas substâncias/drogas psicoativas (NSP), "legal highs", drogas de síntese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei/não tenho a certeza qual/quais droga(s) consumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apoio social

As próximas três perguntas dizem respeito aos seus contactos sociais.

- 4.41. Quantas pessoas lhe são suficientemente próximas para que possa contar com elas se tiver problemas pessoais graves?
- Nenhuma
 - 1 ou 2
 - 3 a 5
 - 6 ou mais
- 4.42. Em que medida as outras pessoas se preocupam ou se interessam por aquilo que faz?
- Muita preocupação e muito interesse
 - Bastante preocupação e interesse
 - Incerto
 - Pouca preocupação e pouco interesse
 - Nenhuma preocupação e nenhum interesse
- 4.43. Com que facilidade conseguiria obter ajuda prática da parte dos seus vizinhos, em caso de necessidade?
- Muito fácil
 - Fácil
 - Possível
 - Difícil
 - Muito difícil

Prestações informais de cuidados e assistência

Esta secção diz respeito à prestação informal de cuidados a pessoas com problemas de saúde. Exclua todos os serviços prestados no âmbito da sua profissão.

4.44. Costuma prestar cuidados ou assistência a uma ou mais pessoas com problemas geriátricos, uma doença crónica ou uma qualquer outra doença **pelo menos uma vez por semana?**

Sim

Não → **Fim do questionário**

4.45. Trata-se de uma ou mais pessoa(s) que são...?

*Se mais do que uma categoria puder ser escolhida, assinale aquela à qual presta cuidados **mais frequentemente**.*

Membro(s) da sua família

Outra(s) pessoa(s) (não membro(s) da família)

4.46. Quantas horas por semana dedica a prestar apoio ou assistência?

Menos de 10 horas por semana

Pelo menos 10 horas mas menos de 20 horas por semana

20 horas ou mais por semana

O questionário está agora concluído.

Obrigado pela sua participação!

