



ABUEL

Questionário sobre saúde e bem estar nos indivíduos entre os 60 e os 84 anos de idade

QUESTIONÁRIO ABUEL

Este questionário foi concebido para avaliar as condições de vida, a saúde física e mental e as relações sociais dos indivíduos entre os 60 e os 84 anos de idade.

País: Portugal

Número de caso:

País-ID		Indivíduo-ID		
3	5			

Data da entrevista: / / (DD/MM/AA)

ID entrevistador(a): _____

Meio de recrutamento (*Assinale apenas uma resposta*)

- Registos municipais ₁
- Lista de residents idosos ₂
- Randomização ₃
- Outro, especifique _____ ₄

Modo de aplicação do questionário (*Por favor, assinale apenas uma resposta*)

a)	Auto aplicado	<input type="checkbox"/> ₁
b)	Aplicado por entrevistador	<input type="checkbox"/> ₂

Como preencher este questionário?

A maioria das perguntas que se seguem podem ser preenchidas assinalando o quadro referente à sua resposta*.

Assinale uma resposta:

Correcto ou

Incorrecto

Por favor, responda a cada uma das perguntas. Passe/omita perguntas apenas quando houver uma instrução explícita para o fazer. Termine imediatamente a entrevista se o entrevistado ficar nervoso ou preocupado.

Exemplo:

Tem filhos?

₁ Sim ₅ Não → *Passe para a pergunta...*

↓

Se preencheu "Sim" neste exemplo, passe para a pergunta seguinte!

Se preencheu "Não" neste exemplo, passe para a pergunta dada na caixa de instrução.

Nas questões em que indivíduo não quiser responder, não assinale nenhuma opção e deixe em branco.

POR FAVOR INICIE O QUESTIONÁRIO NA PERGUNTA 1 DA PÁGINA SEGUINTE.

POR FAVOR, LEMBRE QUE TODAS AS RESPOSTAS SÃO CONFIDENCIAIS

*Comentários em itálico são instruções para o entrevistador.

PARTE I

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

As perguntas que se seguem referem-se aos seus dados socio-demográficos:

1. Data de nascimento _____ (ano) ou a sua idade? _____ (anos)

2. **Sexo** (Assinale apenas uma resposta)

- | | |
|-----------|---------------------------------------|
| Feminino | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Masculino | <input type="checkbox"/> ₂ |

3. Qual a sua altura (cm)? _____ 4. E o seu peso (kg)? _____

5. **Qual o seu estado civil?** (Assinale apenas uma resposta)

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Casado(a) /União de facto | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Divorciado(a)/Separado(a) | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Viúvo(a) | <input type="checkbox"/> ₄ |

6. **Onde nasceu?** (Por favor, preencha)

- a) Concelho onde nasceu _____
 b) País onde nasceu _____
 c) Que língua fala em casa? _____
 d) Qual a sua nacionalidade? _____

7. **Com quem vive?** (Por favor, escolha uma ou várias opções)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| a) Sozinho(a) | <input type="checkbox"/> ₁ |
| b) Marido/Esposa/companheiro(a) | <input type="checkbox"/> ₂ |
| c) Filha | <input type="checkbox"/> ₃ |
| d) Filho | <input type="checkbox"/> ₄ |
| e) Irmão | <input type="checkbox"/> ₅ |
| f) Irmã | <input type="checkbox"/> ₆ |
| g) Neto/a (s) | <input type="checkbox"/> ₇ |
| h) Ajudante familiar/auxiliar (remunerado) | <input type="checkbox"/> ₈ |
| j) Outro(a)/s | <input type="checkbox"/> ₉ |
- Especifique: _____

8. Qual o número total de pessoas que vivem no seu alojamento, incluindo o ajudante familiar e o entrevistado _____

9. Qual o grau de ensino mais elevado que possui? (Assinale apenas uma resposta)

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>	1
Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau	<input type="checkbox"/>	2
Não completou o ensino básico	<input type="checkbox"/>	3
Ensino Básico (1.º ciclo)	<input type="checkbox"/>	4
Ensino Básico (2.º Ciclo)	<input type="checkbox"/>	5
Ensino Básico (3.º Ciclo)	<input type="checkbox"/>	6
Ensino secundário (10º e 11º ano)	<input type="checkbox"/>	7
12.º ano	<input type="checkbox"/>	8
Bacharelato	<input type="checkbox"/>	9
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	10
Outro	<input type="checkbox"/>	11
Especifique		

10. Qual é/foi a sua profissão principal? (No caso de já não se encontrar no mercado de trabalho - doméstica(o)s, reformado(a)s e desempregado(a)s - refira-se à profissão principal que teve)

Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	<input type="checkbox"/>	1
Profissões intelectuais e científicas	<input type="checkbox"/>	2
Técnicos e profissionais de nível intermédio	<input type="checkbox"/>	3
Pessoal administrativo e similares	<input type="checkbox"/>	4
Pessoal dos serviços e vendedores	<input type="checkbox"/>	5
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	<input type="checkbox"/>	6
Operários, artífices e trabalhadores similares	<input type="checkbox"/>	7
Operários de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	<input type="checkbox"/>	8
Profissões não qualificadas	<input type="checkbox"/>	9
Doméstico(a)	<input type="checkbox"/>	10
Forças armadas	<input type="checkbox"/>	11

11. Continua a trabalhar (trabalho remunerado) (Assinale apenas uma resposta)?

Sim ↓

Não →

Passe para a pergunta 15

12. Quantas horas trabalha por semana (trabalho remunerado), aproximadamente? (Arredondar à hora aproximada, assinalar "1" para menos de uma hora)

_____ Horas por semana

13. Se continua a trabalhar, teve faltas por motivo de doença, no último ano? (Assinale apenas uma resposta)

Sim	<input type="checkbox"/>	1
Não	<input type="checkbox"/>	2

14. Se continua a trabalhar, esteve desempregado no último ano? (Assinale apenas uma resposta)

- | | | |
|--------|--------------------------|---|
| a) Sim | <input type="checkbox"/> | 1 |
| b) Não | <input type="checkbox"/> | 2 |

15. Se é reformado(a) com que idade se reformou? _____ Anos (idade da reforma)

16. Ao longo da sua vida profissional quanto tempo esteve no desemprego? (Assinale apenas uma resposta)

- | | | |
|-------------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 12 meses ou menos | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Mais de 12 meses | <input type="checkbox"/> | 3 |

17. Quantas horas despense por semana em actividades domésticas e trabalhos não remunerados (tarefas domésticas como cozinhar, limpar a casa; tratar dos netos, jardinagem, bricolage, etc.) aproximadamente? (anote o tempo em horas.)

_____ horas por semana

18. Actualmente, qual é a sua principal fonte de rendimento? (Assinale apenas uma resposta)

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| Trabalho | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Pré-reforma | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Reforma por invalidez | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Reforma por idade | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Subsídio por doença (baixa médica) | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Subsídio de desemprego | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Outros benefícios de apoio social (ex. subsídio social de desemprego) | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Transferências financeiras dos filhos | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Transferências financeiras de outros familiares | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Transferências financeiras do ex-marido/esposa/companheiro(a) | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Pensão de viuvez | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Não tem qualquer apoio financeiro | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Rendimento de inserção social | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Outro | <input type="checkbox"/> | 13 |
| Especifique | | |

19. Até que ponto se preocupa com as suas despesas diárias? (ex. comprar comida, pagar luz, água, medicamentos, etc.) (Assinale apenas uma resposta)

- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| Nunca | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Por vezes | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Muitas vezes | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Sempre | <input type="checkbox"/> | 4 |

20. Onde vive? (Assinale apenas uma resposta)

Casa Própria <input type="checkbox"/> ₁	Apartamento próprio <input type="checkbox"/> ₂	Casa Arrendada <input type="checkbox"/> ₃	Apartamento arrendado <input type="checkbox"/> ₄	Casa de familiares <input type="checkbox"/> ₇	Outra, especifique <input type="checkbox"/> ₆
---	--	---	--	---	---

Estilos de vida

As perguntas que se seguem referem-se aos seus hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas e hábitos alimentares.

TABACO

21. Fuma actualmente? (Assinale apenas uma resposta)

Sim <input type="checkbox"/> ₁	Não <input type="checkbox"/> ₂ <i>Passe para a pergunta 25</i>
---	---

22. Com que frequência fuma? (Assinale apenas uma resposta)

1 vez por mês ou menos <input type="checkbox"/> ₁	2-4 vezes por mês <input type="checkbox"/> ₂	2-3 vezes por semana <input type="checkbox"/> ₃	4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> ₄
---	--	---	---

23. Nos dias em que fuma, qual a quantidade de cigarros que fuma, em média? (Assinale apenas uma resposta)

1-2 <input type="checkbox"/> ₁	3-5 <input type="checkbox"/> ₂	6-9 <input type="checkbox"/> ₃	10-20 <input type="checkbox"/> ₄	Mais de 20 <input type="checkbox"/> ₅
--	--	--	--	---

24. Com que frequência fuma mais de 10 cigarros seguidos/numa única ocasião? (Assinale apenas uma resposta)

Nunca <input type="checkbox"/> ₁	<1 vez por mês <input type="checkbox"/> ₂	Mensalmente <input type="checkbox"/> ₃	Semanalmente <input type="checkbox"/> ₄	Diariamente ou quase diariamente <input type="checkbox"/> ₅
--	---	--	---	---

➔ *Passe para a pergunta 26*

25. Alguma vez fumou? (Assinale apenas uma resposta)

Sim <input type="checkbox"/> ₁	Não <input type="checkbox"/> ₂ <i>Passe para a pergunta 26</i>
---	---

25.1 Deixou de fumar há: (Assinale apenas uma resposta)

Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> ₁	6 ou mais meses <input type="checkbox"/> ₂
---	--

ÁLCOOL

26. Relativamente ao consumo de álcool, bebe bebidas alcoólicas? (Explique o que significa "álcool" dando exemplos como a cerveja, vinho, vodka, etc., ex.) (Assinale apenas uma resposta)

Sim <input type="checkbox"/> ₁	Não <input type="checkbox"/> ₂ <i>Passe para a pergunta 30</i>
---	---

QUESTIONÁRIO ABUEL

27. Com que frequência bebe bebidas alcoólicas? (Assinale apenas uma resposta)

1 vez por mês ou menos	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais por semana
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

28. Nos dias em que bebe, quantas bebidas alcoólicas bebe, em média? (Assinale apenas uma resposta)

1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7, 8, ou 9	10 ou mais
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

29. Quantas vezes bebe seis ou mais bebidas de seguida/numa única ocasião? (Assinale apenas uma resposta)

Nunca	<1 vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase diariamente
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

➔ *Passe para a pergunta 31*

30. Alguma vez bebeu bebidas alcoólicas? (Assinale apenas uma resposta)

Sim <input type="checkbox"/> ₁	Não <input type="checkbox"/> ₂ <i>Passe para a pergunta 31</i>
---	---

30.1 Há quanto tempo deixou de beber bebidas alcoólicas? (Assinale apenas uma resposta)

Menos de 6 meses	6 ou mais meses
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

HÁBITOS ALIMENTARES

31. Relativamente aos seus hábitos alimentares, com que frequência consome os seguintes alimentos? (Assinalar a frequência para cada um dos alimentos)

	Mês			Semana			Diariamente
	Nunca ▼ ₁	< ou igual a 1 ▼ ₂	2 a 4 ▼ ₃	1 ▼ ₄	2 a 3 ▼ ₅	4 a 6 ▼ ₆	
a) ...fruta?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
b) ...vegetais?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
c) ...carne?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
d) ...peixe?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
e) ...lacticínios? (queijo, leite, iogurtes)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
f) ...cereais (ex. pão, bolachas, cereais de colher, etc.)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

32. Onde faz as suas refeições e com que frequência? (Assinale apenas uma resposta)

	Mês				Semana		Diariamente
	Nunca ▼ ₁	< ou igual a 1 ▼ ₂	2 a 4 ▼ ₃	1 ▼ ₄	2 a 3 ▼ ₅	< 4 a 6 ▼ ₆	
a) Em casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇
b) Outros locais, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

33. Quem o ajuda/prepara as suas refeições e com que frequência? (Assinale uma ou várias respostas)

	Mês			Semana			Diaria-mente
	Nunca ▼ ₁	< ou igual a 1 ▼ ₂	2 a 4 ▼ ₃	1 ▼ ₄	2 a 3 ▼ ₅	4 a 6 ▼ ₆	▼ ₇
a) Próprio(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Marido/Esposa/Companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Filha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Filho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Genro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Irmão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Irmã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Pessoal dos cuidados de saúde, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Outros Especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Vou buscar fora as minhas refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUPORTE SOCIAL (MSPSS)
Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

34. As questões seguintes referem-se ao apoio recebido pelos seus familiares e amigos. Classifique as seguintes afirmações numa escala de 1 a 7 pontos, em que o 1= Discordo totalmente e o 7=concordo totalmente.

	Discorda total- mente ▼ ₁	Discorda bastante ▼ ₂	Discorda ▼ ₃	Nem concorda nem discorda ▼ ₄	Concorda ▼ ₅	Concorda bastante ▼ ₆	Concorda total- mente ▼ ₇
	a) Existe uma pessoa especial que está por perto quando precisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Existe uma pessoa especial com quem pode partilhar as suas alegrias e tristezas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) A sua família tenta ajudá-lo/a verdadeiramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tem a ajuda emocional que precisa da sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Tem uma pessoa especial que é uma fonte de conforto para si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Os seus amigos tentam ajudá-lo/ la verdadeiramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Pode contar com os seus amigos quando as coisas correm mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Pode falar dos seus problemas com a sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Tem amigos com quem pode partilhar as suas alegrias e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO ABUEL

tristezas								
k)	Existe uma pessoa na sua vida que se preocupa com os seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)	A sua família está disposta a ajuda-lo/la a tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)	Pode falar sobre os seus problemas com os seus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

35. No último ano, procurou ou utilizou algum serviço de cuidados de saúde? (Assinale apenas uma resposta)

<input type="checkbox"/>	Sim	▼	<input type="checkbox"/>	Não	➔	Passe para a questão 37
--------------------------	-----	---	--------------------------	-----	---	-------------------------

36. Com que frequência contactou...? (Assinale uma ou mais respostas)

	Mensalmente			Semanalmente			Diariamente
	Nunca ▼ ₁	< ou igual a 1 ▼ ₂	2-4 ▼ ₃	1 ▼ ₄	2-3 ▼ ₅	4-6 ▼ ₆	▼ ₇
a) Médico de clínica geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Médico especialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mediador familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Psicólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Assistente social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Centro de saúde/Cuidados primários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Centro de dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Oftalmologista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Hospital, em internamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Hospital, em consulta externa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Outro, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. No último ano precisou de ir a algum serviço de saúde mas acabou por não ir? (Assinale apenas uma resposta)

Sim	<input type="checkbox"/>	Não, não precisei ou precisei e fui	<input type="checkbox"/>	Passe para a questão 39
-----	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------------

38. Quais as razões para não ter usado os cuidados de saúde? (Assinale uma ou várias respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Os problemas desapareceram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Lista de espera muito longa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Os serviços de saúde foram difíceis de contactar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Os serviços de saúde não estavam disponíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO ABUEL

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| e) Não teve uma marcação/consulta suficientemente rápida | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| f) Teve experiências negativas com serviços anteriores | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| g) Teve dificuldades financeiras | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| h) Não teve tempo | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| j) Não sabia quem contactar | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| k) Outras razões, especifique _____ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

39. Com que frequência as despesas de saúde são um problema para si? (ex. de prescrições, medicamentos, tratamentos, etc.)? (Assinale apenas uma resposta)

- | | |
|--------------|---------------------------------------|
| Nunca | <input type="checkbox"/> ₁ |
| Por vezes | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Muitas vezes | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Sempre | <input type="checkbox"/> ₄ |

40. Se esteve em contacto ou utilizou os serviços de cuidados de saúde (num hospital, no centro de saúde, etc.) ou em serviços privados ou similares, qual o grau de satisfação em relação a estes serviços (Assinale apenas uma resposta)?

- | | Nada
satisfeito | Pouco
satisfeito | Moderada-
mente
satisfeito | Bastante
satisfeito | Muitíssimo
satisfeito |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |

DOENÇAS

41. As questões que se seguem referem-se a doenças que possa sofrer. Actualmente, tem alguma doença que obrigue a cuidados médicos regulares (tratamentos, análises, medicamentos)? (Assinale uma opção para cada uma das alíneas)

- | | Sim
▼ ₁ | Não
▼ ₂ | Antes „sim“,
actualmente
“não”
▼ ₃ |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| a) Alergia | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| b) Asma | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| c) Diabetes | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| d) Doenças de olhos (ex. cataratas) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| e) Doenças cardiovasculares (ex. hipertensão) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| f) Doenças de fígado (ex. hepatite) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| g) Doenças de estômago/intestino (ex. úlcera) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| h) Doenças pulmonares (ex. doença pulmonar obstrutiva crónica) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| j) Cancro, especifique _____ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| k) Outras doenças, especifique _____ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |

QUESTIONÁRIO ABUEL

42. Numa escala de 1 a 5 em que 1 = “absolutamente nada” e 5 = “muitíssimo”, diga em que medida se preocupa com cada uma destas doenças? (Assinale uma opção para cada uma das alíneas)

	Absolutamente nada ▼ ₁	Pouco ▼ ₂	Modera- damente ▼ ₃	Bastante ▼ ₄	Muitíssi- mo ▼ ₅
a) Alergia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Asma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Diabetes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Doenças de olhos (ex. cataratas)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Doenças cardiovasculares (ex. hipertensão)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Doenças de fígado (ex. hepatite)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Doenças de estômago/intestino (ex. úlcera)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h) Doenças pulmonares (e.g. Doença pulmonar obstrutiva crónica)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j) Cancro, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k) Outras doenças, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

MEDICAÇÃO

43. Em relação à medicação, com que frequência toma ... (Assinale uma opção para cada uma das alíneas). Anotar o nome dos medicamentos.

	Não ▼ ₁	Quando necessário ▼ ₂	Regularmente ▼ ₃	Diariamente ▼ ₄
a) Medicamentos para as dores	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Medicamentos para a depressão	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Medicamentos para a ansiedade	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Medicamentos para psicose	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Medicamentos para a alergia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Medicamentos para a asma	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Medicamentos para o coração	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
j) Medicamentos para a diabetes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l) Medicamentos naturais e de ervanários (ex. homeopatia)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k) Outros medicamentos, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

44. Quem o/a ajuda a tomar os medicamentos? (Assinale uma opção para cada uma das alíneas)

	Não ▼ ₁	Quando necessário ▼ ₂	Regularmente ▼ ₃	Diariamente ▼ ₄
a) Sozinho(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Marido/esposa/companheiro(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Filha/Filho	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Outros familiares (especifique) _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

QUESTIONÁRIO ABUEL

e) Ajudante familiar/auxiliar (remunerado)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Outras pessoas (<i>especifique</i>) _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

45. No último ano, deixou de comprar medicamentos ou fazer tratamentos mesmo tendo receita médica?
(Assinale apenas uma resposta)

Sim <input type="checkbox"/> ₁	Não <input type="checkbox"/> ₂	<i>Passe para a questão 47</i>
---	---	--------------------------------

46. Quais as razões para não ter comprado medicamentos ou fazer tratamentos com receita médica? *(Assinale uma opção para cada uma das alíneas)*

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Os problemas desapareceram	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Teve medo dos efeitos secundários	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Teve experiências negativas com medicamentos ou tratamentos anteriores	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Teve dificuldades financeiras	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Não teve tempo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Outras razões, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

DORES FÍSICAS/ESTADO FÍSICO (GBB-24)

47. As perguntas que se seguem dizem respeito a um conjunto de diferentes tipos de sinais e sintomas. Por favor, considere cada um destes sinais ou sintomas e diga quanto desconforto lhe causam. (Assinale uma resposta, entre 1 a 5, em cada linha)

Sofre de alguma destas dores ou queixas?

	Absoluta mente nada ▼1	Pouco ▼2	Modera- damente ▼3	Bastante ▼4	Muitíssi- mo ▼5
a) Fraqueza/debilidade física	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Batimentos de coração fortes, rápidos ou irregulares	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Pressão ou peso no estômago	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Muita necessidade de dormir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
e) Dores nas articulações ou membros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
f) Tonturas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
g) Dores nas costas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
h) Dores no pescoço ou nos ombros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
j) Vômitos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
k) Náusea/Enjoo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
l) Sensação de aperto, asfixia, ou inchaço na garganta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
m) Arroto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
n) Azia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
o) Dores de cabeça	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
p) Tendência a cansar-se rapidamente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
q) Fadiga	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
r) Sensação de dormência	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
s) Peso ou cansaço nas pernas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
t) Cansaço	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
u) Pontadas, dores contínuas no peito	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
v) Dores de estômago	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
w) Ataques de falta de ar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
x) Pressão na cabeça	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
y) Palpitações súbitas no coração	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

QUALIDADE DE VIDA

World Health Organisation Quality of Life - Old (WHOQOL-OLD)

48. As perguntas seguintes pedem-lhe para avaliar a sua qualidade de vida. (Por favor, assinale uma opção em cada linha)

	Nada ▼ ₁	Muito Pouco ▼ ₂	Moderada mente ▼ ₃	Bastante ▼ ₄	Extremamente ▼ ₅
a) Até que ponto as perdas dos seus sentidos (ex. audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afectam o seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Até que ponto a perda dos seus sentidos, por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afecta a sua capacidade de participar em actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Em que medida tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Até que ponto sente que controla o seu futuro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Em que medida sente que as pessoas que o(a) rodeiam respeitam a sua liberdade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Até que ponto está preocupado(a) com a forma como irá morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Até que ponto tem medo de morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Até que ponto tem medo de sofrer dor antes de morrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas seguintes pedem-lhe para que diga até que ponto, nas últimas duas semanas, experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas como, por exemplo, sair tanto quanto gostaria. As perguntas referem-se às duas últimas semanas.

	Nada ▼ ₁	Muito pouco ▼ ₂	Moderada-mente ▼ ₃	Bastante ▼ ₄	Completa-mente ▼ ₅
k) Até que ponto os problemas com o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, a audição, visão, paladar, olfacto, tacto) afectam a sua capacidade de interagir/estar com os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Até que ponto consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Até que ponto está satisfeito com as oportunidades que tem na vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Até que ponto sente que recebeu o reconhecimento que merece na vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Até que ponto sente que tem o seu dia suficientemente preenchido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar o seu grau de satisfação relativamente a vários aspectos da sua vida, nas últimas duas semanas, por exemplo, sobre a sua participação na vida da comunidade/sociedade ou com as suas conquistas/realizações na vida. As perguntas referem-se às **duas últimas semanas**.

	Muito insatisfeito ▼ ₁	Insatisfeito ▼ ₂	Nem satisfeito nem insatisfeito ▼ ₃	Satisfeito ▼ ₄	Muito satisfeito ▼ ₅
p) Até que ponto está satisfeito(a) com aquilo que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

alcançou na vida?						
q)	Até que ponto está satisfeito(a) com a forma como usa o seu tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu nível de actividade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s)	Até que ponto está satisfeito(a) com as oportunidades que tem de participar nas actividades da comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Muito infeliz ▼ ₁	Infeliz ▼ ₂	Nem feliz nem infeliz ▼ ₃	Feliz ▼ ₄	Muito feliz ▼ ₅
t)	Até que ponto está feliz com as coisas que pode esperar daqui para frente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Muito mau ▼ ₁	Mau ▼ ₂	Nem bom nem mau ▼ ₃	Bom ▼ ₄	Muito bom ▼ ₅
u)	Como avalia os seus sentidos? (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas que se seguem referem-se a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere as perguntas tendo como referência um(a) companheiro(a) ou uma pessoa próxima com quem pode partilhar a sua intimidade, mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida.

		Nada ▼ ₁	Muito pouco ▼ ₂	Moderadamente ▼ ₃	Bastante ▼ ₄	Extremamente ▼ ₅
v)	Até que ponto sente companheirismo na sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w)	Até que ponto sente amor na sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nada ▼ ₁	Muito pouco ▼ ₂	Moderadamente ▼ ₃	Bastante ▼ ₄	Completamente ▼ ₅
x)	Até que ponto tem oportunidades de amar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y)	Até que ponto tem oportunidades de ser amado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPRESSÃO & ANSIEDADE (HADS)

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

49. De seguida, apresenta-se um conjunto de afirmações sobre a forma como se tem sentido, na última semana. (Assinale apenas uma resposta)

		Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
a)	Sente-se tenso/a ou nervoso/a:	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Tanto como antes	Não tanto agora	Só um pouco	Quase nada
b)	Ainda sente prazer nas coisas que costumava gostar:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		Sim, é muito forte	Sim, mas não muito forte	Um pouco, mas não o(a) aflige	De modo algum
c)	Tem uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Tanto como antes	Não tanto como antes	Muito menos agora	Nunca
d)	É capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		A maior parte do tempo	Muitas vezes	Por vezes	Quase nunca
e)	Tem a cabeça cheia de preocupações:	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Nunca	Poucas vezes	De vez em quando	Quase sempre
f)	Sente-se animado/a:	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
g)	É capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-se relaxado/a:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		Quase sempre	Muitas vezes	Por vezes	Nunca
h)	Sente-se mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
		Nunca	Por vezes	Muitas vezes	Quase sempre
j)	Fica de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sente um aperto no estômago:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
		Completamente	Não dou a atenção que devia	Talvez cuide menos que antes	Tenho o mesmo interesse de sempre
k)	Perdeu o interesse em cuidar do seu aspecto físico:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

	Muito	Bastante	Não muito	Nada
l) Sente-se de tal forma inquieto/a que não consegue estar parado/a:	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Tanto como antes	Não tanto como antes	Bastante menos agora	Quase nunca
m) Pensa com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
	Muitas vezes	Bastantes vezes	Por vezes	Nunca
n) De repente, tem sensações de pânico:	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
	Muitas vezes	De vez em quando	Poucas vezes	Quase nunca
o) É capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

VIOLÊNCIA/ABUSO/NEGLIGÊNCIA

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

50. As perguntas seguintes referem-se a um conjunto de acontecimentos relacionados com violência a que pode ter sido exposto(a). Por favor, diga a quantidade de vezes a que esteve exposto(a) a cada acontecimento, no último ano. (Se a pessoa nunca foi exposta a estes eventos, no último ano mas foi exposta antes, assinale o 7. Se estes eventos nunca ocorreram, assinale 8).

Alguém....

	Uma vez no último ano ▼ ₁	2 vezes no último ano ▼ ₂	3-5 vezes no último ano ▼ ₃	6-10 vezes no último ano ▼ ₄	11-20 vezes no último ano ▼ ₅	Mais de 20 vezes no último ano ▼ ₆	Não no último ano, mas antes ▼ ₇	Nunca aconteceu ▼ ₈
a) ... o(a) insultou ou lhe praguejou?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... o(a) ameaçou (ex. deixá-lo(a) num lar; destruir coisas suas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...o(a) rebaixou ou menosprezou o que você faz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...o(a) excluiu ou ignorou repetidamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... ameaçou magoar alguém de quem gosta (ex. animais de estimação, familiares) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ...o(a) impediu de ver pessoas de quem gosta ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ... gritou ou berrou consigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ... fez alguma coisa para ofendê-lo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ...o(a) chamou de gordo(a), feio(a) ou outros nomes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ... destruiu alguma coisa sua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ... ameaçou bater-lhe ou atirar-lhe alguma coisa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se todos os itens da questão 50 foram assinalados com "Nunca aconteceu", passe para a questão 55.

51. Quem provocou estas situações? Por favor, diga ainda se essa pessoa vive consigo e que idade tem. (Assinale uma ou mais pessoas, a frequência destas situações; se a pessoa vive na mesma casa e qual a sua idade)

	Uma vez no último ano ▼ ₁	2 vezes no último ano ▼ ₂	3-5 vezes no último ano ▼ ₃	6-10 vezes no último ano ▼ ₄	11-20 vezes no último ano ▼ ₅	Mais de 20 vezes no último ano ▼ ₆	Não no último ano, mas antes ▼ ₇	Nunca aconteceu ▼ ₈	Esta pessoa vive consigo?		Em caso de abuso, indique a idade da pessoa? ▼
									Sim	Não	
									▼ ₈₁	▼ ₈₂	
a) Marido/Esposa/Companheiro/a	<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"/>	-----
b) Filha	<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"/>	-----
c) Filho	<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"/>	-----
d) Nora	<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"/>	-----
e) Genro	<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"/>	-----
f) Irmã	<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"/>	-----
g) Irmão	<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"/>	-----
h) Neta	<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"/>	-----
j) Neto	<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"/>	-----
k) Outra familiar (mulher), especifique	<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"/>	-----
l) Outro familiar (homem), especifique	<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"/>	-----
m) Amiga	<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"/>	-----
n) Amigo	<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"/>	-----
o) Conhecido/Colega	<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"/>	-----
p) Conhecida/Colega	<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"/>	-----
q) Vizinha	<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"/>	-----
r) Vizinho	<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"/>	-----
s) Outras pessoas (mulher) especifique	<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"/>	-----
t) Outras pessoas (homens), especifique	<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"/>	-----

52. Onde é que estas situações aconteceram? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Na sua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Na casa de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) No lar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Na rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Transportes públicos (ex. autocarros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Em restaurantes, bares ou cafés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Numa loja (ex. mercearia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Outros lugares, especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Como é que reagiu a estas situações? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Verbalmente, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fisicamente, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Emocionalmente (ex. raiva, preocupação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Relatou os incidentes, especifique a quem _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Foi embora/saiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Outra reacção, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Não reagiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Até que ponto se sentiu afectado/a por estas situações? (Assinale como o(a) inquirido(a) se sentiu afectado/a)

	Absolutamente nada ▼ ₁	De alguma forma ▼ ₂	Moderada- mente ▼ ₃	Muito ▼ ₄
a) Sentiu-se excluído(a) da sua família e amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sentiu-se furioso(a)/com raiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sentiu-se assustado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sentiu-se aborrecido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sentiu-se envergonhado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Outros sentimentos, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIOLÊNCIA FÍSICA

55. Quantas vezes os seguintes acontecimentos ocorreram no último ano? (Assinale a quantidade de vezes de exposição a cada um destes acontecimentos, no último ano). Alguém...

	Uma vez no último ano	2 vezes no último ano	3-5 vezes no último ano	6-10 vezes no último ano	11-20 vezes no último ano	Mais de 20 vezes no último ano	Não no último ano, mas antes	Nunca aconte- ceu
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈
a) ...o(a) esbofeteou?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
b) ...o(a) agarrou?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
c) ... lhe deu pontapés?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
d) ...o(a) empurrou ou lhe deu um encontrão?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
e) ...o(a) queimou ou escaldou de propósito?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
f) ... o(a) tentou estrangular?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
g) ...lhe atirou alguma coisa que o(a) magoou?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
h) ... torceu o seu braço ou lhe puxou o cabelo?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
j) ... usou uma faca, uma pistola ou outra arma contra si?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
k) ...o(a) esmurrou ou feriu?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
l) ...o(a) atirou contra uma parede, porta ou mobília?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
m) ...o(a) espancou?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
n) ...o(a) amarrou?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
o) ...o(a) prendeu de qualquer outra forma?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
p) ...o(a) fechou no quarto?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
q) ... lhe deu drogas ou medicamentos para controlá-lo(a) ou torná-lo(a) dócil?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
r) ...o(a) ameaçou com uma faca, uma pistola ou outra arma?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Se todos os itens da questão 55 foram assinalados com “Nunca aconteceu”, passe para a questão 60.

56. Quem provocou estas situações? Por favor, diga ainda se essa pessoa vive consigo e que idade tem. (Por favor, assinale uma ou várias pessoas e qual a frequência destas situações; se a pessoa vive na mesma casa e qual a sua idade)

	Uma vez no último ano	2 vezes no último ano	3-5 vezes no último ano	6-10 vezes no último ano	11-20 vezes no último ano	Mais de 20 vezes no último ano	Não no último ano, mas antes	Nunca aconteceu	Esta pessoa vive consigo?		Em caso de abuso, indique a idade da pessoa?	
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈	Sim ▼ ₈₁	Não ▼ ₈₂		
a) Marido/Esposa/Companheiro/a	<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"/>	-----
b) Filha	<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"/>	-----
c) Filho	<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"/>	-----
d) Nora	<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"/>	-----
e) Genro	<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"/>	-----
f) Irmã	<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"/>	-----
g) Irmão	<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"/>	-----
h) Neta	<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"/>	-----
j) Neto	<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"/>	-----
k) Outra familiar (mulher), especifique	<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"/>	-----
l) Outro familiar (homem), especifique	<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"/>	-----
m) Amiga	<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"/>	-----
n) Amigo	<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"/>	-----
o) Conhecido/Colega	<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"/>	-----
p) Conhecida/Colega	<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"/>	-----
q) Vizinha	<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"/>	-----
r) Vizinho	<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"/>	-----
s) Outras pessoas (mulher) especifique	<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"/>	-----
t) Outras pessoas (homens), especifique	<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"/>	-----

57. Onde é que estas situações aconteceram? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Na sua casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Na casa de outra pessoa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) No lar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Na rua	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Transportes públicos (ex. autocarros)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Em restaurantes, bares ou cafés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Numa loja (ex. mercearia)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Outros lugares, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

58. Como é que reagiu a estas situações? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Verbalmente, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Fisicamente, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Emocionalmente (ex. raiva, preocupação)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Relatou os incidentes, especifique a quem _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Foi embora/saiu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Não reagiu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Outra reacção, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

59. Até que ponto se sentiu afectado/a por estas situações? (Assinale como o(a) inquirido(a) se sentiu afectado/a)

	Absolutamente nada ▼ ₁	De alguma forma ▼ ₂	Moderada- mente ▼ ₃	Muito ▼ ₄
a) Sentiu-se excluído(a) da sua família e amigos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Sentiu-se furioso(a)/com raiva	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Sentiu-se assustado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Sentiu-se aborrecido(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Sentiu-se envergonhado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Outros sentimentos, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

LESÕES FÍSICAS

60. Quantas vezes os seguintes acontecimentos ocorreram no último ano? (Assinale a quantidade de vezes de exposição a cada um destes acontecimentos, no último ano).

	Uma vez no último ano	2 vezes no último ano	3-5 vezes no último ano	6-10 vezes no último ano	11-20 vezes no último ano	Mais de 20 vezes no último ano	Não no último ano, mas antes	Nunca aconteceu
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈
a) Teve uma entorse, nódoas negras ou golpes porque lhe bateram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Desmaiou porque lhe bateram na cabeça?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Foi ao médico porque lhe bateram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Precisou de ir ao médico por lhe terem batido mas não foi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Partiu algum osso porque lhe bateram ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sentiu dor, mesmo no dia seguinte a lhe terem batido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Outras lesões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se todos os itens da questão 60 foram assinalados com “Nunca aconteceu”, passe para a questão 65.

61. Quem provocou estas situações? Por favor, diga ainda se essa pessoa vive consigo e que idade tem. (Por favor, assinale uma ou várias pessoas e qual a frequência destas situações; se a pessoa vive na mesma casa e qual a sua idade)

	Uma vez no último ano	2 vezes no último ano	3-5 vezes no último ano	6-10 vezes no último ano	11-20 vezes no último ano	Mais de 20 vezes no último ano	Não no último ano, mas antes	Nunca aconteceu	Esta pessoa vive consigo?		Em caso de abuso, indique a idade da pessoa?
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈	Sim ▼ ₈₁	Não ▼ ₈₂	
a) Marido/Esposa/Companheiro/a	<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"/>	-----
b) Filha	<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"/>	-----
c) Filho	<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"/>	-----
d) Nora	<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"/>	-----
e) Genro	<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"/>	-----
f) Irmã	<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"/>	-----
g) Irmão	<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"/>	-----
h) Neta	<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"/>	-----
j) Neto	<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"/>	-----
k) Outra familiar (mulher), especifique	<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"/>	-----
l) Outro familiar (homem), especifique	<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"/>	-----
m) Amiga	<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"/>	-----
n) Amigo	<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"/>	-----
o) Conhecido/Colega	<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"/>	-----
p) Conhecida/Colega	<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"/>	-----
q) Vizinha	<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"/>	-----
r) Vizinho	<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"/>	-----
s) Outras pessoas (mulher) especifique	<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"/>	-----
t) Outras pessoas (homens), especifique	<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"/>	-----

62. Onde é que estas situações aconteceram? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Na sua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Na casa de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) No lar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Na rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Transportes públicos (ex. autocarros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Em restaurantes, bares ou cafés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Numa loja (ex. mercearia)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Outros lugares, especifique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

63. Como é que reagiu a estas situações? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Verbalmente, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Fisicamente, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Emocionalmente (ex. raiva, preocupação)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Relatou os incidentes, especifique a quem _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Foi embora/saiu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Não reagiu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Outra reacção, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

64. Até que ponto se sentiu afectado/a por estas situações? (Assinale como o(a) inquirido(a) se sentiu afectado/a)

	Absolutamente nada ▼ ₁	De alguma forma ▼ ₂	Moderada- mente ▼ ₃	Muito ▼ ₄
a) Sentiu-se excluído(a) da sua família e amigos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Sentiu-se furioso(a)/com raiva	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Sentiu-se assustado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Sentiu-se aborrecido(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Sentiu-se envergonhado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Outros sentimentos, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

VIOLÊNCIA FINANCEIRA

65. Quantas vezes estes acontecimentos ocorreram no último ano? (Assinale a quantidade de vezes que a pessoa esteve exposta a cada um destes acontecimentos, no último ano) **Alguém...**

	Uma vez no último ano ▼ ₁	2 vezes no último ano ▼ ₂	3-5 vezes no último ano ▼ ₃	6-10 vezes no último ano ▼ ₄	11-20 vezes no último ano ▼ ₅	Mais de 20 vezes no último ano ▼ ₆	Não no último ano, mas antes ▼ ₇	Nunca aconteceu ▼ ₈
a) ...o(a) obrigou a dar-lhe o seu dinheiro, bens materiais ou propriedades, contra a sua vontade?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
b) ... tentou que o senhor(a) lhe desse o seu dinheiro, os seus bens materiais ou propriedades?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
c) ... tentou, através de fraude, tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
d) ...tentou tomar ou manter o poder sobre o seu representante legal/advogado contra a sua vontade ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
e) ... tentou roubar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
f) ... lhe roubou dinheiro, bens materiais ou propriedades?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
g) ... usou uma fraude para tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
h) ... tomou ou manteve o poder sobre o seu representante legal/advogado contra si?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈
j) ... fez outra coisa para tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇	<input type="checkbox"/> ₈

Se todos os itens da questão 65 foram assinalados com “Nunca aconteceu”, passe para a questão 70.

66. Quem provocou estas situações? Por favor, diga ainda se essa pessoa vive consigo e que idade tem. (Por favor, assinale uma ou várias pessoas e qual a frequência destas situações; se a pessoa vive na mesma casa e qual a sua idade)

	Uma vez no último ano ▼ ₁	2 vezes no último ano ▼ ₂	3-5 vezes no último ano ▼ ₃	6-10 vezes no último ano ▼ ₄	11-20 vezes no último ano ▼ ₅	Mais de 20 vezes no último ano ▼ ₆	Não no último ano, mas antes ▼ ₇	Nunca aconteceu ▼ ₈	Esta pessoa vive consigo?		Em caso de abuso, indique a idade da pessoa? ▼
									Sim ▼ ₈₁	Não ▼ ₈₂	
a) Marido/Esposa/Companheiro/a	<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"/>	-----
b) Filha	<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"/>	-----
c) Filho	<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"/>	-----
d) Nora	<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"/>	-----
e) Genro	<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"/>	-----
f) Irmã	<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"/>	-----
g) Irmão	<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"/>	-----
h) Neta	<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"/>	-----
j) Neto	<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"/>	-----
k) Outra familiar (mulher), especifique	<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"/>	-----
l) Outro familiar (homem), especifique	<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"/>	-----
m) Amiga	<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"/>	-----
n) Amigo	<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"/>	-----
o) Conhecido/Colega	<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"/>	-----
p) Conhecida/Colega	<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"/>	-----
q) Vizinha	<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"/>	-----
r) Vizinho	<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"/>	-----
s) Outras pessoas (mulher) especifique	<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"/>	-----
t) Outras pessoas (homens), especifique	<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"/>	-----

67. Onde é que estas situações aconteceram? (Por favor, assinale um ou vários locais onde estas coisas aconteceram)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Na sua casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Na casa de outra pessoa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) No lar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Na rua	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Outros locais, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

68. Como é que reagiu a estas situações? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Ignorou o que aconteceu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Confrontou a(s) pessoa(s)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Emocionalmente (ex. raiva, preocupação)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Relatou os incidentes, especifique a quem _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Não reagiu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Outra reacção, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

69. Até que ponto se sentiu afectado/a por estas situações? (Assinale como o(a) inquirido(a) se sentiu afectado/a)

	Absolutamente nada ▼ ₁	De alguma forma ▼ ₂	Moderada- mente ▼ ₃	Muito ▼ ₄
a) Sentiu-se excluído(a) da sua família e amigos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Sentiu-se furioso(a)/com raiva	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Sentiu-se assustado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Sentiu-se aborrecido(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Sentiu-se envergonhado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Provocou-lhe problemas económicos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Outros sentimentos, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

VIOLÊNCIA SEXUAL

70. Quantas vezes estes acontecimentos ocorreram no último ano? (Assinale a quantidade de vezes que a pessoa esteve exposta a cada um destes acontecimentos, no último ano) **Alguém...**

	Uma vez no último ano ▼ ₁	2 vezes no último ano ▼ ₂	3-5 vezes no último ano ▼ ₃	6-10 vezes no último ano ▼ ₄	11-20 vezes no último ano ▼ ₅	Mais de 20 vezes no último ano ▼ ₆	Não no último ano, mas antes ▼ ₇	Nunca aconteceu ▼ ₈
a) ...lhe falou de forma sexual? ...lhe tocou,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) sexualmente, contra a sua vontade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...tentou tocar-lhe, sexualmente, contra a sua vontade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...o(a) obrigou a ver pornografia contra a sua vontade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... tentou fazê-lo(a) ver pornografia contra a sua vontade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... teve relações sexuais consigo contra a sua vontade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ...tentou ter relações sexuais consigo contra a sua vontade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ...teve outros comportamentos sexuais abusivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se todos os itens da questão 70 foram assinalados com “Nunca aconteceu”, passe para a questão 75.

71. Quem provocou estas situações? Por favor, diga ainda se essa pessoa vive consigo e que idade tem. (Por favor, assinale uma ou várias pessoas e qual a frequência destas situações; se a pessoa vive na mesma casa e qual a sua idade)

	Uma vez no último ano	2 vezes no último ano	3-5 vezes no último ano	6-10 vezes no último ano	11-20 vezes no último ano	Mais de 20 vezes no último ano	Não no último ano, mas antes	Nunca aconteceu	Esta pessoa vive consigo?		Em caso de abuso, indique a idade da pessoa?
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄	▼ ₅	▼ ₆	▼ ₇	▼ ₈	Sim ▼ ₈₁	Não ▼ ₈₂	
a) Marido/Esposa/Companheiro/a	<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"/>	-----
b) Filha	<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"/>	-----
c) Filho	<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"/>	-----
d) Nora	<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"/>	-----
e) Genro	<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"/>	-----
f) Irmã	<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"/>	-----
g) Irmão	<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"/>	-----
h) Neta	<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"/>	-----
j) Neto	<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"/>	-----
k) Outra familiar (mulher), especifique	<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"/>	-----
l) Outro familiar (homem), especifique	<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"/>	-----
m) Amiga	<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"/>	-----
n) Amigo	<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"/>	-----
o) Conhecido/Colega	<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"/>	-----
p) Conhecida/Colega	<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"/>	-----
q) Vizinha	<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"/>	-----
r) Vizinho	<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"/>	-----
s) Outras pessoas (mulher) especifique	<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"/>	-----
t) Outras pessoas (homens), especifique	<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"/>	-----

72. Onde é que estas situações aconteceram? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Na sua casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Na casa de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) No lar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Na rua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Transportes públicos (ex. autocarros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Em restaurantes, bares ou cafés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Numa loja (ex. mercearia)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Outros lugares, especifique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

73. Como é que reagiu a estas situações? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Verbalmente, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Fisicamente, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Emocionalmente (ex. raiva, preocupação)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Relatou os incidentes, especifique a quem _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Foi embora/saiu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Não reagiu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Outra reacção, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

74. Até que ponto se sentiu afectado/a por estas situações? (Assinale como o(a) inquirido(a) se sentiu afectado/a)

	Absolutamente nada ▼ ₁	De alguma forma ▼ ₂	Moderada- mente ▼ ₃	Muito ▼ ₄
a) Sentiu-se excluído(a) da sua família e amigos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Sentiu-se furioso(a)/com raiva	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Sentiu-se assustado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Sentiu-se envergonhado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Sentiu-se aborrecido(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Outros sentimentos, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

NEGLIGÊNCIA

75. As perguntas seguintes referem-se a actividades em que possa ter precisado de ajuda, no último ano. Precistou de ajuda para realizar estas actividades e recebeu essa ajuda? (Assinale 1 se o(a) entrevistado(a) precisou e obteve ajuda nestas actividades; e assinale 2 se o(a) entrevistado(a) precisou de ajuda mas não a obteve; e 3 em caso de não ter precisado de ajuda.

	Sim, precistou e obteve ajuda ▼ ₁	Sim, precistou mas não obteve ajuda ▼ ₂	Não precistou de ajuda NA ▼ ₃
a) Compras de mercearia, roupas ou outras coisas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) Preparação das refeições	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) Tarefas domésticas	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) Para se deslocar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) Levantar-se da cama ou ir para a cama	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
f) Lavar-se ou tomar banho (incluindo sair ou entrar na banheira, no duche)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
g) Vestir-se e despir-se	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
h) A comer, incluindo a cortar a comida	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

j) Deslocar-se até à casa de banho e usar a casa de banho	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
k) Ajudar a tomar a medicação certa, à hora correcta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
l) Outra actividade do dia-a-dia, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
m) Outras actividades de casa (ex. jardinagem)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
n) Mobilidade geral na casa/centro de dia	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Se nenhum dos itens da questão 75 foram assinalados com “Sim, precisou e obteve ajuda”, passe para a questão 77.

Se nenhum dos itens da questão 75 foram assinalados com “Sim, precisou de ajuda mas não obteve”, não faça as questões 77-81.

Se todos os itens da questão 75 foram assinalados com “não precisou de ajuda”, passe para a questão 82.

76. Quem o(a) ajudou? Pensando nas actividades em que precisou e recebeu ajuda, quem fez isso? (Por favor, assinale uma ou várias opções)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Marido/Esposa/ Companheiro/a	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Filha	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Filho	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Nora	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Genro	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Irmã	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Irmão	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Neta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
j) Neto	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
k) Outra familiar (mulher)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
l) Outro familiar (homem)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
m) Amiga	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
n) Amigo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
o) Conhecida/colega	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
p) Conhecido/Colega	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
q) Vizinha	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
r) Vizinho	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
s) Outras pessoas (mulher), especifique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
t) Outras pessoas (homem), especifique	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

77. Quem não o(a) ajudou? Pensando nas actividades em que precisou de ajuda, quem deixou de o(a) ajudar e com que frequência? (Por favor, assinale uma ou várias pessoas que não ajudaram, no último ano, e quantas vezes).

	Uma vez no último ano ▼ ₁	2 vezes no último ano ▼ ₂	3-5 vezes no último ano ▼ ₃	6-10 vezes no último ano ▼ ₄	11-20 vezes no último ano ▼ ₅	Mais de 20 vezes no último ano ▼ ₆	Não no último ano, mas antes ▼ ₇	Nunca aconteceu ▼ ₈	Esta pessoa vive consigo?		Em caso de abuso, indique a idade da pessoa? ▼
									Sim ▼ ₈₁	Não ▼ ₈₂	
a) Marido/Esposa/Companheiro/a	<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"/>	-----
b) Filha	<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"/>	-----
c) Filho	<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"/>	-----
d) Nora	<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"/>	-----
e) Genro	<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"/>	-----
f) Irmã	<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"/>	-----
g) Irmão	<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"/>	-----
h) Neta	<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"/>	-----
j) Neto	<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"/>	-----
k) Outra familiar (mulher)	<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"/>	-----
l) Outro familiar (homem)	<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"/>	-----
m) Amiga	<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"/>	-----
n) Amigo	<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"/>	-----
o) Conhecida/colega	<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"/>	-----
p) Conhecido/Colega	<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"/>	-----
q) Vizinha	<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"/>	-----
r) Vizinho	<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"/>	-----
s) Outras pessoas (mulher), especifique	<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"/>	-----
t) Outras pessoas (homem), especifique	<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"/>	-----

78. Onde é que estas situações aconteceram? (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Na sua casa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Na casa de outra pessoa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) No lar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Outros locais, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

79. Quais as razões para não receber ajuda? (Assinale uma ou várias respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) A pessoa (ex. familiar) estava a trabalhar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) A pessoa (ex. familiar) estava doente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) A pessoa (ex. familiar) estava de férias	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) A pessoa (ex. familiar) esqueceu-se	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) A pessoa (ex. familiar) estava ocupado/não disponível	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Não pediu ajuda	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Não sei qual a razão	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Outra, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

80. Como reagiu? (Assinale uma ou mais reacções)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Fisicamente, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Emocionalmente (ex. raiva, aborrecimento)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Não reagiu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Outra reacção, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

81. Ficou afectado/a? (Por favor, assinale como o(a) inquirido(a) se sentiu afectado/a)

	Absolutamente nada ▼ ₁	De alguma forma ▼ ₂	Moderada- mente ▼ ₃	Muito ▼ ₄
a) Sentiu-se excluído(a) da sua família e amigos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Sentiu-se furioso(a)/com raiva	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Sentiu-se assustado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Sentiu-se aborrecido(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e) Sentiu-se envergonhado(a)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f) Sentiu-se desconfortável	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g) Sentiu fome	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
h) Outros sentimentos, especifique _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

ACTIVIDADES DE LAZER

82. Por fim, quais as suas actividades de lazer e quantas vezes se dedica a elas? (Assinale uma ou várias respostas)

	Nunca	Mês		Semana		Diariamente	
	▼ ₁	< 1 a 1 ▼ ₂	2 a 4 ▼ ₃	1 ▼ ₄	2 a 3 ▼ ₅	4 a 6 ▼ ₆	▼ ₇
a) Costura, tricot, jardinagem, colecionismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ver televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ouvir música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Estar com a família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Cuidar dos neto(a)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Actividades sociais (ex. estar com amigos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Actividades religiosas (ex. nas igrejas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Actividades fora de casa (ex. ir ao cinema ou teatro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Fazer exercício físico (ex. andar, nadar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Actividades artísticas (pintar, tocar instrumentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Viajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Outras actividades de lazer, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELIGIÃO

83. Considera-se uma pessoa religiosa? (Assinale apenas uma resposta)

	Nada	Pouco	Moderado	Muito
	▼ ₁	▼ ₂	▼ ₃	▼ ₄
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu “nada religioso” passe para a questão 85.

84. Se se considera uma pessoa religiosa, qual é a sua religião ou de qual religião se sente mais próximo? (Pergunte qual a religião, especificamente e depois, assinale apenas uma resposta da lista em baixo)

Protestante	<input type="checkbox"/>
Católica	<input type="checkbox"/>
Ortodoxa	<input type="checkbox"/>
Judaica	<input type="checkbox"/>
Islâmica	<input type="checkbox"/>
Outra (especifique _____)	<input type="checkbox"/>

85. Tem algum comentário a fazer sobre as questões ou gostaria de acrescentar alguma informação?

PARTE II

PREENCHIMENTO OPCIONAL

86. Qual o montante total dos seus rendimentos por conta própria/ pensão de reforma/salário? (Por favor, indique o *montante mensal* em €) .

<250	<input type="checkbox"/>	1
251 – 500	<input type="checkbox"/>	2
501 – 750	<input type="checkbox"/>	3
751 – 1000	<input type="checkbox"/>	4
1001 – 1500	<input type="checkbox"/>	5
1501 - 2000	<input type="checkbox"/>	6
2001 – 2500	<input type="checkbox"/>	7
2501 – 3000	<input type="checkbox"/>	8
> 3000	<input type="checkbox"/>	9

87. As perguntas seguintes são sobre o seu alojamento/habitação. (Assinale uma ou mais respostas). O seu alojamento/A sua habitação tem...

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Uma banheira ou um chuveiro interno apenas para uso pessoal do seu agregado familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Uma sanita interna apenas para uso pessoal do seu agregado familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Aquecimento central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Varanda, terraço ou jardim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Ainda relativamente ao seu alojamento/habitação, diria que este... (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) ...não tem espaço suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...é muito caro em relação ao rendimento que tem para o seu dia a dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...não tem luz suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...tem fracas instalações de aquecimento e ar condicionado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

89. E em relação à área de proximidade da sua habitação, diria que esta... (Assinale uma ou mais respostas)

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) ...tem uma oferta suficiente/razoável de infra-estruturas, tal como farmácias, apoio medico, mercearias, e estas encontram-se a uma distância razoável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...tem uma oferta razoável de transportes públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...tem poluição, barulho e outros problemas ambientais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...tem problemas de vandalismo e crime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STRESSFUL LIFE EVENTS

Stressful Life Events Screening Questionnaire

90. As perguntas que se seguem referem-se a um conjunto de eventos que podem ter acontecido em qualquer momento da sua vida, incluindo a sua infância.

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₂
a) Alguma vez teve uma doença muito grave?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Alguma vez teve um acidente muito grave?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Alguma vez foi usada força física ou uma arma contra si, num roubo ou assalto?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) Algum membro chegado da sua família, companheiro(a), ou amigo(a) muito próximo(a) seu faleceu devido a um acidente, homicídio ou suicídio?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) Em algum momento, alguém (pais, outro membro da família, companheiro(a), estranho(a) ou outra pessoa) o(a) forçou fisicamente a ter qualquer tipo de actividade sexual?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) Em criança, alguma vez os seus pais, ama ou outra pessoa esbofetearam-no(a) repetidamente, bateram-lhe ou atacaram-no(a) ou magoaram-no(a) de outra forma?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
g) Em adulto, alguma vez levou pontapés, bofetadas, foi agredido(a) ou magoado(a) fisicamente, de outra forma, por um companheiro(a), membro da família, estranho(a) ou outra pessoa?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
h) Algum dos seus pais, companheiro(a) ou membro de família já o/a ridicularizou repetidamente, o(a) rebaixou, o(a) ignorou ou disse que o(a) senhor(a) não prestava?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
j) Em outra experiência não referida anteriormente, alguém já o(a) ameaçou com uma arma como uma faca ou pistola?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
k) Alguma vez esteve presente numa situação em que alguém foi morto? Gravemente magoado? Atacado física ou sexualmente?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
l) Alguma vez esteve numa outra situação onde foi gravemente magoado(a) ou a sua vida esteve em perigo (ex. envolvido(a) num combate militar ou a viver numa zona de guerra)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
m) Alguma vez esteve numa outra situação extremamente assustadora ou horrorizante, ou na qual se sentiu absolutamente impotente, e nunca denunciou esse acontecimento?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSS-10)

91. As perguntas seguintes referem-se a um conjunto de reacções a eventos graves (ex. morte de um ente querido, violência, acidentes, etc.). As afirmações referem-se aos seus sentimentos e reacções, durante a última semana. (Assinale todas as afirmações).

	Sim ▼ ₁	Não ▼ ₀
a) Teve muita dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
b) Teve pesadelos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
c) Tem-se sentido deprimido e triste	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
d) Tem tido tendência a reagir exageradamente a barulhos repentinos ou movimentos inesperados	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
e) Tem tido tendência a isolar-se/afastar-se dos outros	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
f) Tem-se sentido irritável (fica mais facilmente irritável e zangado)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
g) Tem rápidas mudanças de humor (ora está triste ora alegre)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
h) Tem tido problemas de consciência, sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
j) Tem sentido o corpo tenso	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
k) Sente medo quando recorda o evento ou quando está próximo/a do local onde este ocorreu	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

Muito obrigada pela sua colaboração

