



EHIS



INQUÉRITO SOBRE A SAÚDE DOS RESIDENTES



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale
Direction de la santé



LUXEMBOURG
INSTITUTE
OF HEALTH

INQUÉRITO SOBRE A SAÚDE DOS RESIDENTES

Exma. Senhora, Exmo. Senhor,

Agradecemos a sua participação no inquérito sobre a saúde dos residentes (também conhecida como Inquérito Europeu de Saúde)¹.

Esta pesquisa é organizada pela Direção de Saúde em colaboração com o Instituto de Saúde de Luxemburgo (LIH). O objetivo é recolher informações sobre a saúde dos residentes do Luxemburgo com o intuito de:

- Adaptar o sistema de saúde atual às reais necessidades da população;
- Avaliar os resultados das políticas de saúde;
- Analisar os dados nacionais de saúde ao longo do tempo e comparar os resultados com outros países europeus.

Um inquérito semelhante foi realizado em 2014 e 2019 no Luxemburgo. Os resultados estão disponíveis no site **sante.lu**².

A população-alvo desta pesquisa são residentes com **15 anos ou mais** que vivem em **domicílios privados**.

Se você reside em uma instituição ou em um domicílio coletivo (por exemplo, hospital, lare, prisão, quartéis militares, instituição religiosa, internato ou albergue), lamentamos informar que você não é elegível para participar no inquérito.

O questionário inclui quatro módulos: estado de saúde, utilização de cuidados de saúde, determinantes da saúde e contexto socioeconómico.

Este questionário não inclui seu nome, data de nascimento ou endereço. As informações recolhidas (sexo, ano de nascimento, comuna de residência e país de nascimento) não permitem identificá-lo(a).

Os dados recolhidos serão transmitidos ao Eurostat, o Gabinete de Estatísticas da União Europeia, de acordo com o Regulamento de Execução (UE) 2023/2529 da Comissão, de 17 de novembro de 2023. Este regulamento especifica os itens técnicos do conjunto de dados, os formatos para a transmissão das informações, e os arranjos detalhados e o conteúdo dos relatórios de qualidade sobre a organização de um inquérito de saúde por amostragem em conformidade com o Regulamento (UE) 2019/1700 do Parlamento Europeu e do Conselho, sobre o Inquérito Europeu de Saúde (EHIS).

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

² <http://sante.public.lu/fr/statistiques/ehis/index.html>

Os questionários em papel ou online serão destruídos após a validação dos dados pelo Eurostat. No entanto, os dados recolhidos a partir dos questionários serão mantidos durante as diferentes fases do inquérito EHIS solicitadas pela União Europeia.

A sua participação não é obrigatória, mas é fundamental para obter um retrato do estado da saúde do Luxemburgo que seja fiel à realidade. Quanto mais pessoas participarem, maior será o conjunto de dados e mais representativos serão os resultados sobre o verdadeiro estado de saúde da população.

Para mais informações ou para quaisquer dúvidas que você tenha sobre a proteção de dados, entre em contacto com a pessoa encarregada da proteção de dados da Direção de Saúde:

info_donnees@ms.etat.lu

ou

Service protection des données

13a Rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg

AUTORIZAÇÃO DO TUTOR LEGAL PARA MENORES PARTICIPAREM NA PESQUISA

☐ Eu, por meio deste, **autorizo** que a pessoa sob a qual exerço o papel de tutor legal participe do inquérito sobre a saúde dos residentes

☐ Eu, por meio deste, **não autorizo** que a pessoa sob a qual exerço o papel de tutor legal participe da inquérito sobre a saúde dos residentes

CONSELHOS PARA RESPONDER AO QUESTIONÁRIO

As seguintes orientações destinam-se a ajudá-lo(a) a responder às perguntas deste inquérito.

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

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

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

Exemplo : Qual é o seu sexo?

☐ Masculino

☒ Feminino

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

Exemplo : Qual é a sua altura?

cm

3) Se este símbolo → aparecer após uma opção de resposta, pode avançar para a pergunta seguinte.

Exemplo : 4.18 Fuma algum tipo de produto de tabaco (excluindo cigarros eletrónicos ou outros dispositivos eletrónicos semelhantes)?

☐ Sim, todos os dias

☐ Sim, ocasionalmente

☒ Não, nunca

→ **Passar à pergunta 4.21**

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS

1.01. Qual é o seu sexo (atribuído ao nascer)?

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

1.02. Qual é a sua identidade de gênero?

- ☐ Homem
- ☐ Mulher
- ☐ Não-binário(a)
- ☐ Outro
- ☐ Prefiro não responder

1.03. Qual é o ano do seu nascimento?

Já passou o seu aniversário em 2025?

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.04. Em que cidade vive?

1.05. Qual é o seu país de nascimento?

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

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

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

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

1.09. Vive com um(a) parceiro(a) no mesmo agregado familiar (esposo(a), parceiro(a) civil ou parceiro(a))?

☐ Sim

☐ Não

1.10. Quantas pessoas, **incluindo você**, geralmente vivem no seu agregado familiar?

Exemplo: se você mora com seu parceiro(a), indique 2; se mora sozinho(a), indique 1.

No entanto, se você divide um apartamento/casa com outras pessoas (que não são membros da família), por favor, conte apenas você mesmo(a) nesta pergunta

--	--

pessoa(s)

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

--	--

pessoa(s)

1.12. Em que tipo de agregado familiar vive?

☐ Uma pessoa

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

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

☐ Casal sem filho(s)

☐ Casal com pelo menos um filho com menos de 25 anos

☐ Casal com todos os filhos com 25 anos ou mais

☐ Outro tipo de agregado familiar

1.13. Como descreveria a sua situação de trabalho atual?

☐ Empregado(a)

☐ Desempregado(a)

☐ Reformado(a)

☐ Incapaz de trabalhar devido a problemas de saúde

☐ Estudante, aluno(a)

☐ Realizando tarefas domésticas (não remuneradas)

☐ Serviço militar ou cívico

☐ Outra

**Passar à
pergunta 1.18**

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

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

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

- Não eletricista, mas instalador eletricista
- Não funcionário(a), mas mecânico(a) de automóveis, caixeiro(a) nos correios, professor(a)
- Não informático(a), mas programador(a), administrador(a) de redes, operador(a) "help desk"
- Não secretário(a), mas secretário(a) médico(a), secretário(a) jurídico(a)

1.15. A que setor de **atividade económica** pertence a sua entidade empregadora?

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

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

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

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

- ☐ Tempo completo
- ☐ Tempo parcial

1.17. Trabalha por conta própria ou por conta de outrem?

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

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

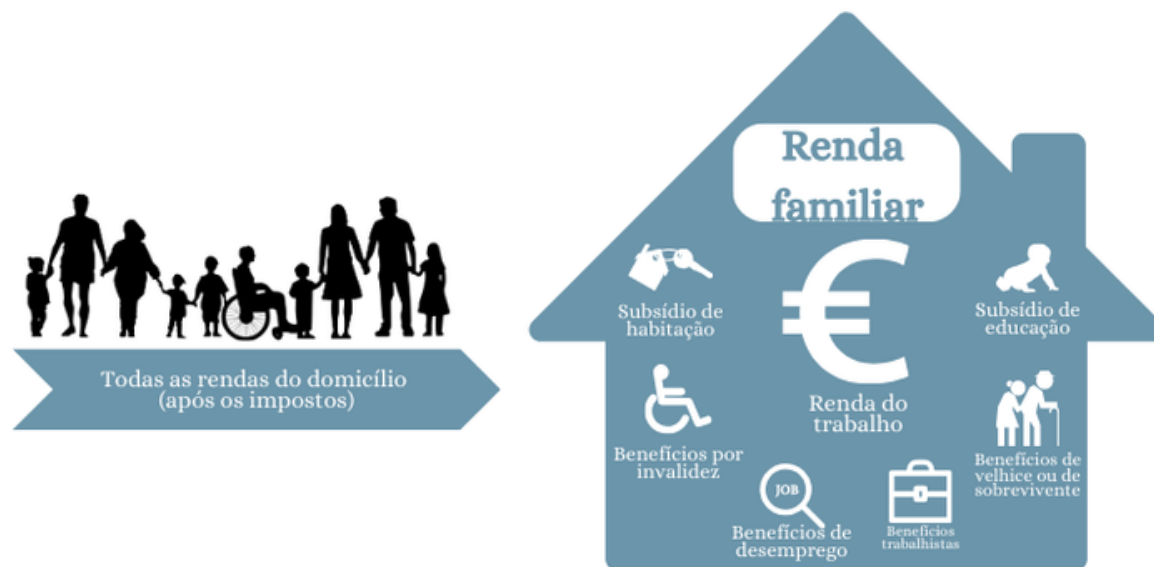
1.18. Qual é o nível de ensino ou o diploma **mais elevado** que completou **com sucesso**?

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

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

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

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



Euros por mês

Se não souber o montante exato e não puder fornecer uma estimativa do mesmo, seleccione um intervalo

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

1.20. Você é o proprietário(a) ou inquilino(a) da sua habitação?

- ☐ Proprietário(a)
- ☐ Inquilino(a)
- ☐ Outro

1.21. Há quanto tempo você mora no seu endereço atual?

Escolha o período de tempo mais apropriado

Dias

Mês(es)

Ano(s)

☐ Toda a sua vida

1.22. Você tem um espaço verde (parque, jardim ou área verde) a uma caminhada de 5 minutos da sua casa?

- ☐ Sim
- ☐ Não

→ **Passar à pergunta 1.25**

1.23. Como você avalia a qualidade dos espaços verdes no seu bairro/vila?

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Nem boa nem má
- ☐ Má
- ☐ Muito má

1.24. Na **última semana**, quantos dias e horas você passou em um parque, jardim, passarela verde ou outro espaço verde no seu tempo livre?

dia(s)

hora(s) por semana

1.25. Até que ponto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações?

	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Seu bairro/vila tem um tráfego muito intenso	☐	☐	☐	☐	☐
Há muito barulho em seu bairro/vila	☐	☐	☐	☐	☐
A violência é um problema em seu bairro/vila	☐	☐	☐	☐	☐
Seu bairro/vila tem uma ampla variedade de lojas de frutas e verduras	☐	☐	☐	☐	☐
Pessoas de diferentes origens e culturas se misturam bem em seu bairro/vila	☐	☐	☐	☐	☐
É seguro caminhar à noite em seu bairro/vila	☐	☐	☐	☐	☐
Você pode influenciar decisões que afetam seu bairro/vila	☐	☐	☐	☐	☐

1.26. Nos **últimos 12 meses**, em uma escala de 0 a 10, quanto o(a) incomodaram os seguintes ruídos quando você estava em casa?

De 0="nada incomodado(a)" a 10="extremamente incomodado(a)"

	Durante o dia											Durante a noite , durante suas horas habituais de sono										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tráfego de estrada (carros, autocarros, caminhões, motocicletas, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tráfego de aviões	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tráfego de comboio ou tranvia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Construção	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Indústria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outra fonte de ruído Por favor, especifique:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.27. Quantas noites **por mês** você costuma acordar devido ao barulho?

Indique 0 se o barulho nunca o(a) acorda durante a noite

noite(s)

1.28. Até que ponto você se sente afetado(a) ou não afetado(a) pelos seguintes fatores ambientais no seu local de residência?

	Nada afetado(a)	Levemente afetado(a)	Moderadamente afetado(a)	Fortemente afetado(a)	Muito afetado(a)
Mau cheiro de indústrias ou de outras fontes (esgoto, resíduos, esterco)	☐	☐	☐	☐	☐
Partículas finas, poeira da indústria	☐	☐	☐	☐	☐
Partículas finas, poeira de um canteiro de obras	☐	☐	☐	☐	☐
Partículas finas ou odores da chaminé de um vizinho	☐	☐	☐	☐	☐
Emissões do tráfego rodoviário	☐	☐	☐	☐	☐
Pesticidas de agricultura intensiva ou viticultura	☐	☐	☐	☐	☐

1.29. Como classificaria seu risco de problemas de saúde pessoal durante ondas de calor?

- ☐ Muito baixo
- ☐ Baixo
- ☐ Moderado
- ☐ Alto
- ☐ Muito alto

1.30. Tem mofo em sua casa?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Em caso positivo, onde está localizado? (Você pode selecionar várias respostas)

- ☐ Cave
- ☐ Casa de banho (na parede, não apenas nas juntas)
- ☐ Cozinha
- ☐ Quarto
- ☐ Sala de estar
- ☐ Outro, por favor especifique: _____

1.31. Sente sintomas na sua casa que não sente em outros locais?

Por exemplo, dor de cabeça, nariz entupido ou a pingar, pele seca ou com comichão, olhos ou garganta secos ou irritados, tosse ou pieira, erupções cutâneas, cansaço e dificuldade de concentração

- ☐ Sim
- ☐ Não

2. ESTADO DE SAÚDE

O capítulo refere-se ao seu estado de saúde.

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

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Nem bom nem mau
- ☐ Mau
- ☐ Muito mau

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

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

- ☐ Sim
- ☐ Não

2.03. Tem alguma limitação devido a um problema de saúde em atividades que outras pessoas realizam normalmente?

- ☐ Muito limitado(a)
- ☐ Limitado(a), mas não muito
- ☐ Sem limitações

→ **Passar à pergunta 2.05**

2.04. Teve essas limitações pelo menos nos últimos 6 meses?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2.05. Durante as **últimas duas semanas**, ...

	Todo o tempo	A maior parte de tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
Senti-me alegre e bem disposto(a)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Senti-me calmo(a) e tranquilo(a)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Senti-me activo(a) e enérgico(a)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acordei a sentir-me fresco(a) e repousado(a)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Doenças e afeções crônicas

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

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Nem bom nem mau
- ☐ Mau
- ☐ Muito mau

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

Asma (incluindo asma alérgica)	☐ Sim ☐ Não
Bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica ou enfisema	☐ Sim ☐ Não
Enfarte do miocárdio (ataque cardíaco) ou consequências crônicas de enfarte do miocárdio	☐ Sim ☐ Não
Doença coronária ou angina de peito	☐ Sim ☐ Não
Hipertensão arterial (tensão alta)	☐ Sim ☐ Não
Acidente Vascular Cerebral (AVC) (hemorragia cerebral, trombose cerebral) ou consequências crônicas de AVC	☐ Sim ☐ Não
Artrose (excluindo artrite)	☐ Sim ☐ Não
Dores lombares ou outras dores crônicas nas costas	☐ Sim ☐ Não
Dores cervicais ou outras dores crônicas no pescoço	☐ Sim ☐ Não
Diabetes	☐ Sim ☐ Não
Alergias (exceto asma alérgica) <i>Exemplos: rinite alérgica, febre dos fenos alérgica, conjuntivite alérgica, dermatite alérgica, alergia alimentar</i>	☐ Sim ☐ Não
Incontinência urinária, problemas de controlo da bexiga	☐ Sim ☐ Não
Problemas renais	☐ Sim ☐ Não
Depressão	☐ Sim ☐ Não
Alto nível de colesterol ou de lipídeos no sangue	☐ Sim ☐ Não
Câncer <i>Considere diagnósticos recentes, se você recebeu tratamento para câncer (como cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia...) ou se fez exames para monitorar o câncer</i>	☐ Sim ☐ Não

Acidentes e lesões

2.08. Nos **últimos 12 meses**, sofreu algum dos seguintes acidentes, que resultaram em uma lesão?

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

Acidente de viação	☐ Sim ☐ Não
Acidente doméstico	☐ Sim ☐ Não
Acidente em atividades de lazer (<i>excluído acidente doméstico</i>)	☐ Sim ☐ Não
Acidente de trabalho	☐ Sim ☐ Não

Ausência laboral (por razões de saúde)

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

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

Excluindo: licença de maternidade, licença parental, licença sem vencimento, etc.

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

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

dia(s)

2.11. Nos **últimos 12 meses**, trabalhou enquanto estava doente?

- ☐ Sim
- Em caso positivo, quantos dias nos últimos 12 meses? dia(s)
- ☐ Não

Limitações funcionais

Esta secção refere-se à sua saúde física em geral. As perguntas a seguir dizem respeito à sua capacidade para realizar diferentes atividades básicas. Não leve em conta problemas temporários.

2.12. Usa óculos ou lentes de contacto?

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

→ **Passar à pergunta 2.14**

2.13. Tem dificuldade em ver?

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

- ☐ Nenhuma dificuldade
- ☐ Alguma dificuldade
- ☐ Muita dificuldade
- ☐ Não vejo de todo / Sou incapaz de ver

2.14. Usa prótese auditiva?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Sou totalmente surdo/a

→ **Passar à pergunta 2.16**

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

Mesmo usando a prótese auditiva, se for o caso.

	Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não consigo de todo / Sou incapaz de ouvir
...em um espaço silencioso ?	☐	☐	☐	☐
...em um espaço ruidoso ?	☐	☐	☐	☐

2.16. Tem dificuldade...

	Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não consigo de todo / Sou incapaz
... em andar meio quilómetro (500 metros) em terreno plano sem qualquer ajuda? <i>(O equivalente ao comprimento de 5 campos de futebol)</i>	☐	☐	☐	☐
... em subir ou descer 12 degraus? <i>(O equivalente a um lanço de escadas)</i>	☐	☐	☐	☐
... de memória ou de concentração?	☐	☐	☐	☐
... em comunicar utilizando a sua língua habitual? <i>(Inclua entender ou ser entendido, exclua ter dificuldades para entender ou ser entendido devido a idioma não nativo ou não familiar)</i>	☐	☐	☐	☐
... em morder ou mastigar alimentos sólidos como uma maçã firme?	☐	☐	☐	☐

Cuidados pessoais

Pense agora nas atividades diárias relacionadas com os seus cuidados pessoais. Não considere problemas temporários.

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

	Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não consigo de todo / Incapaz
Alimentar-se	☐	☐	☐	☐
Deitar-se ou levantar-se da cama, ou sentar-se ou levantar-se de uma cadeira	☐	☐	☐	☐
Vestir-se ou despir-se	☐	☐	☐	☐
Utilizar a casa de banho	☐	☐	☐	☐
Tomar banho ou duche	☐	☐	☐	☐



**Se respondeu NENHUMA DIFICULDADE
a TODAS as perguntas, passe à
pergunta 2.20 (Atividades domésticas)**

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

2.18. Recebe habitualmente ajuda para realizar alguma dessas atividades?

- ☐ Sim, pelo menos para uma atividade
☐ Não

2.19. Precitaria de mais ajuda, ou de ajuda caso não tenha?

- ☐ Sim, pelo menos para uma atividade
☐ Não

Atividades domésticas

Pense agora em algumas atividades domésticas diárias. Não considere quaisquer problemas temporários.

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

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

Se respondeu NENHUMA DIFICULDADE ou NUNCA TENTEI OU NÃO PRECISO FAZÊ-LO a TODAS as perguntas, passe à pergunta 2.23 (Barreiras à participação em domínios específicos da vida)

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

2.21. Recebe habitualmente ajuda para realizar alguma dessas atividades?

- ☐ Sim, pelo menos para uma atividade
☐ Não

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

- ☐ Sim, pelo menos para uma atividade
☐ Não

Barreiras à participação em domínios específicos da vida

As perguntas seguintes referem-se a restrições de participação devido a um problema de saúde de longa duração (ou seja, problema de saúde físico ou mental, doença ou enfermidade há pelo menos 6 meses)

2.23. Devido a um problema de saúde de longa duração, tem normalmente dificuldade em...

	Não está interessado nesta atividade / Não quer fazê-lo	Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Não consigo de todo / Incapaz
Sair de casa (ou seja, ir para a rua)	☐	☐	☐	☐	☐
Utilizar vários meios de transporte (por exemplo, automóvel, autocarro, comboio, camioneta, táxi)	☐	☐	☐	☐	☐
Acesso aos edifícios que pretende ou precisa de utilizar, incluindo a deslocação no interior e a utilização das instalações interiores do edifício	☐	☐	☐	☐	☐
Participar em atividades sociais como o contacto com familiares ou amigos, jantar fora, ir a eventos sociais	☐	☐	☐	☐	☐
Utilizar a Internet	☐	☐	☐	☐	☐

Dor

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

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

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

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

- ☐ Nada
- ☐ Um pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Muito
- ☐ Extremamente

Saúde mental

As perguntas seguintes dizem respeito a como se sente e esteve ao longo das últimas duas semanas. Por favor, para cada pergunta, selecione a resposta que mais se aproxima da forma como se tem sentido.

2.26. Nas **últimas 2 semanas**, com que frequência foi afetado(a) por algum dos seguintes problemas?

	Nunca	Alguns dias	Mais de metade dos dias	Quase todos os dias
Ter pouco interesse ou prazer em fazer coisas	☐	☐	☐	☐
Sentir desânimo, desalento ou falta de esperança	☐	☐	☐	☐
Ter dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormir demais	☐	☐	☐	☐
Sentir cansaço ou ter falta de energia	☐	☐	☐	☐
Ter falta ou excesso de apetite	☐	☐	☐	☐
Sentimentos negativos relativamente a si mesmo(a) - sensação de ser um(a) fracassado(a) ou de desapontar a si próprio(a) ou à sua família	☐	☐	☐	☐
Dificuldade de concentração em atividades como ler o jornal ou ver televisão	☐	☐	☐	☐
Movimentar-se ou falar tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estar agitado(a) que se move de um lado para o outro mais do que é habitual	☐	☐	☐	☐

2.27. Você **já** tentou cometer suicídio?

☐ Sim, nos últimos 12 meses

☐ Sim, há mais de 12 meses

☐ Não

→ **Passar à pergunta 3.01**

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

☐ Sim

→ **Passar à pergunta 3.01**

☐ Não

2.29. Você consultou um profissional de saúde para esse problema?

☐ Sim

☐ Não

3. CUIDADOS DE SAÚDE

Assistência hospitalar e ambulatória

As próximas perguntas referem-se ao tempo passado no hospital. Considere todos os tipos de estabelecimentos hospitalares ou clínicas.

Se você **deu à luz**, o tempo passado no hospital para o nascimento do seu filho não deve ser incluído.

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

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

☐ Sim

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

noite(s)

☐ Não

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

☐ Sim

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

vezes

☐ Não

Assistência ambulatória e ao domicílio

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

Para um tratamento pessoal entende-se consultas que não sejam para acompanhar um filho, cônjuge, etc.

☐ Há menos de 6 meses

☐ Entre 6 e menos de 12 meses

☐ Há 12 meses ou mais

☐ Nunca

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

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

☐ Há menos de 12 meses

☐ Há 12 meses ou mais

☐ Nunca

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

vezes

☐ Nunca

As próximas perguntas falaremos sobre consultas com um **médico especialista** ou **cirurgião**. Considere também consultas realizadas em hospital como doente externo ou no serviço de urgência, mas exclua consultas médicas enquanto esteve internado(a) ou durante internamentos ou hospitalização ambulatoria.

Devem ser incluídos: cirurgião dentário, consultas médicas no local de trabalho

Devem ser excluídos: dentista e especialista de ortodontia

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

☐ Há menos de 12 meses

☐ Há 12 meses ou mais

☐ Nunca

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

vezes

☐ Nunca

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

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

☐ Sim, com certeza

☐ Sim, em certa medida

☐ Não, não muito

☐ Não, de maneira nenhuma

☐ Não sei

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

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

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

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

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

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

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

Fisioterapeuta, cinesioterapeuta, quiropraxista ou osteopata	☐ Sim ☐ Não
Terapeuta da fala	☐ Sim ☐ Não
Psicólogo, psiquiatra or psicoterapeuta	☐ Sim ☐ Não

A pergunta seguinte é sobre **cuidados ou assistência informais**

- 3.13. Nos **últimos 12 meses**, algum familiar, amigo próximo ou vizinho prestou-lhe cuidados ou assistência não remunerados devido ao seu problema de saúde prolongado ou à sua idade avançada, pelo menos uma vez por semana?

Por favor, inclua qualquer ajuda ou assistência com cuidados pessoais e atividades domésticas, assim como companhia e apoio emocional

- ☐ Sim, principalmente um membro da família
- ☐ Sim, principalmente alguém que não é da família
- ☐ Não

*A próxima pergunta refere-se aos **cuidados domiciliários**, abrangendo serviços de saúde e sociais prestados a pessoas com problemas de saúde na sua casa. Estes serviços incluem, por exemplo: cuidados domiciliários por um(a) enfermeiro(a) ou parteira, ajuda com tarefas domésticas ou serviços para idosos, serviços de refeições ou de transporte.*

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

- 3.14. Nos **últimos 12 meses**, você utilizou ou recebeu para si mesmo(a) algum serviço de cuidados domiciliares fornecido por profissionais de saúde ou cuidadores(as), pelo menos uma vez por semana?

- ☐ Sim
- ☐ Não **→ Passar à pergunta 3.16 (Consumo de medicamentos)**

- 3.15. Quantas horas por semana recebe cuidados ou assistência de um profissional de saúde ou de um prestador de cuidados?

- ☐ Menos de 5 horas por semana
- ☐ De 5 horas a menos de 10 horas por semana
- ☐ De 10 horas a menos de 20 horas por semana
- ☐ De 20 horas a menos de 30 horas por semana
- ☐ De 30 horas a menos de 40 horas por semana
- ☐ 40 horas por semana ou mais

Consumo de medicamentos

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

Exclua as pílulas ou hormonas exclusivamente destinadas à contraceção.

☐ Sim

☐ Não

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

Exclua as pílulas ou hormonas exclusivamente destinadas à contraceção.

☐ Sim

☐ Não

Serviços preventivos

3.18. Quando foi a **última vez** que foi vacinado(a) contra a gripe?

		/				
--	--	---	--	--	--	--

Mês

Ano

☐ Há muito tempo (antes do ano passado)

☐ Nunca

3.19. Quando foi a **última vez** que um profissional de saúde medeu...

	Nos últimos 12 meses	Entre 1 ano e menos de 3 anos	Entre 3 anos e menos de 5 anos	Há 5 anos ou mais	Nunca
... a sua tensão arterial?	☐	☐	☐	☐	☐
... o seu nível de colesterol no sangue?	☐	☐	☐	☐	☐
... a sua glicemia?	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

- ☐ Nos últimos 12 meses
- ☐ Entre 1 ano e menos de 2 anos
- ☐ Entre 2 anos e menos de 3 anos
- ☐ Há 3 anos ou mais
- ☐ Nunca

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

É um exame visual do cólon (com um colonoscópio) do reto ao ceco

- ☐ Nos últimos 12 meses
- ☐ Entre 1 ano e menos de 5 anos
- ☐ Entre 5 anos e menos 10 anos
- ☐ Há 10 anos ou mais
- ☐ Nunca

A próxima pergunta é sobre a saúde da **mulher**



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

	Nos últimos 12 meses	Entre 1 ano e menos de 2 anos	Entre 2 anos e menos de 3 anos	Há 3 anos ou mais	Nunca
... uma mamografia (radiografia da mama)?	☐	☐	☐	☐	☐
... uma citologia cervical?	☐	☐	☐	☐	☐

Necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas

Por vezes, as pessoas têm dificuldade em receber determinados cuidados de saúde de que precisam ou acabam por não receber. As perguntas seguintes têm o objetivo de saber se teve algum problema relacionado com isso nos últimos 12 meses.

3.23. Nos **últimos 12 meses**, teve que adiar algum(ns) cuidado(s) de saúde devido a ...

	Sim	Não	Não precisei de cuidados de saúde
O tempo de espera para uma consulta era demasiado longo	☐	☐	☐
Problema de distância ou transporte	☐	☐	☐

3.24. Nos **últimos 12 meses**, aconteceu-lhe não poder pagar por cuidados de saúde, embora necessitasse deles?

	Sim	Não	Não precisei de cuidados de saúde
Exames ou tratamentos médicos	☐	☐	☐
Exames ou tratamentos dentários	☐	☐	☐
Medicamentos com receita	☐	☐	☐

3.25. Nos últimos 12 meses, em algum momento sentiu necessidade de uma consulta ou tratamento de saúde mental (como por exemplo, com um psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra) para si?

☐ Sim (realmente necessário)

☐ Não (não precisei) —→ **Passar à pergunta 4.01 (Determinantes de saúde)**

3.26. Sempre que precisou, conseguiu ter uma consulta ou tratamento de saúde mental?

☐ Sim (todas as vezes que precisei)



Passar à pergunta 4.01

☐ Não (houve pelo menos uma ocasião)

(Determinantes de saúde)

3.27. Qual foi a principal razão para não ter tido uma consulta ou tratamento de saúde mental?

☐ Falta de capacidade financeira (demasiado caro ou não coberto pelo seguro)

☐ Lista de espera, não tenho a carta de encaminhamento

☐ Falta de tempo devido ao trabalho, cuidado de crianças ou outras responsabilidades

☐ Distância demasiado grande ou falta de transporte

☐ Preocupações quanto à confidencialidade ou confiança

☐ Receio de reações negativas ou comentários de familiares, amigos ou colegas

☐ Medo da consulta ou do tratamento (como, por exemplo, receio de resultados negativos ou de efeitos secundários da medicação)

☐ Não saber onde procurar ajuda

☐ Outras razões

4. DETERMINANTES DE SAÚDE

Peso e altura

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

cm

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

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

kg

Atividade / exercício físico

As próximas perguntas são sobre o tempo que você passa a fazer diferentes tipos de atividade física em uma **semana típica**.

Para a próxima pergunta, pense no tempo que você dedica à sua atividade principal (trabalho)

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

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

Próximas perguntas **excluem atividades físicas na sua atividade principal** (trabalho, atividade em casa ou educação) que você já mencionou na pergunta 4.03. Agora gostaríamos de perguntar como você geralmente vai e volta de lugares. Por exemplo: para o trabalho, para a escola, para fazer compras ou para o mercado

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

dia(s) → Se 0 dias, passar à pergunta 4.06

4.05. Num **dia** normal, durante quanto tempo **caminha** para ir ou para regressar de um local?

Por favor some todos os trajetos de pelo menos 10 minutos seguidos

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

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

*Incluindo também outros meios de transporte **não motorizados**, como trotinete, patins, skate, bicicletas elétricas, etc.*

dia(s) → Se 0 dias, passar à pergunta 4.08

4.07. Num **dia** normal, durante quanto tempo anda de **bicicleta** para ir e para regressar de um local?

Por favor some todos os trajetos de pelo menos 10 minutos seguidos

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

*Próximas perguntas **excluem atividades na sua atividade principal** (trabalho, atividade em casa ou educação) e **transporte** que você já mencionou na pergunta 4.03. Agora gostaríamos de perguntar sobre esportes, atividades físicas de condicionamento e recreativas (lazer) que causam pelo menos um pequeno aumento na respiração ou na frequência cardíaca, como caminhada rápida, jogos de bola, jogging, ciclismo ou natação, etc.*

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

dia(s) → Se 0 dias, passar à pergunta 4.10

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

: por semana
Hora(s) Minuto(s)

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

Esta pergunta inclui todas as atividades físicas especificamente projetadas para fortalecer os seus músculos, como treinamento de resistência ou exercícios de força (por exemplo, exercícios usando pesos, faixas elásticas, o peso do próprio corpo, agachamentos, flexões, abdominais, etc.).

Inclua todas essas atividades, mesmo que você já as tenha mencionado antes.

dia(s)

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

*Esta pergunta é sobre sentar-se no trabalho, em casa, ao ir e voltar de lugares ou com amigos(as), incluindo o tempo passado sentado na secretária, sentado com amigos(as), a viajar de carro, autocarro ou comboio, a ler, a jogar cartas ou a ver televisão em um dia típico; **mas o tempo a dormir não deve ser incluído aqui.***

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

Hábitos alimentares

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

☐ Nunca

☐ Menos de 1 vez por semana

☐ 1 a 3 vezes por semana

☐ 4 a 6 vezes por semana

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

Uma peça de fruta :



1 MAÇÃ



3 ALPERCES



7 MORANGOS



1 SALADA
DE FRUTA PEQUENA



1/2 TORANJA



1 COMPOTA
DE FRUTA



1 BANANA

4.13. Quantas vezes come saladas ou legumes (inclusive congelados, secos, enlatados, etc.), excluindo sopas, batatas, sumo natural ou sumo feito a partir de concentrado?

☐ Nunca

☐ Menos de 1 vez por semana

☐ 1 a 3 vezes por semana

☐ 4 a 6 vezes por semana

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

Uma porção de legumes :



1/3 DE UM PRATO
DE FEIJÃO VERDE



1/3 DE UM PRATO
DE FEIJÕES



1 TOMATE



1 TIGELA DE ALFACE

4.14. Quantas vezes ...

	Nunca	Menos de 1 vez por semana	1 a 3 vezes por semana	4 a 6 vezes por semana	Pelo menos 1 vez por dia
... bebe sumos 100% de fruta ou de verdura, excluindo sumos preparados a partir de concentrados ou sumos adoçados?	☐	☐	☐	☐	☐
... toma refrigerantes açucarados, por exemplo limonada ou coca-cola? (Por favor, não considere refrigerantes light, dietéticos ou adoçados artificialmente)	☐	☐	☐	☐	☐
... comer carne vermelha, como carne de vaca, vitela, porco, borrego? (Por favor, considere carne moída e preparação de carne)	☐	☐	☐	☐	☐
... comer produtos de carne processada, como salame, salsichas, cachorros-quentes?	☐	☐	☐	☐	☐

Tabagismo

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

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

☐ Sim, todos os dias

☐ Sim, ocasionalmente

☐ Não nunca

} → **Passar à pergunta 4.18**

4.16. Fuma cigarros de maço ou cigarros enrolados à mão **todos os dias**?

☐ Sim

☐ Não

→ **Passar à pergunta 4.19**

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

cigarros (em maço ou enrolados à mão) → **Passar à pergunta 4.19**

4.18. Já fumou tabaco (cigarros, charutos, cachimbos, shishas/narguilé...) diariamente ou quase diariamente durante pelo menos um ano?

☐ Sim

☐ Não → **Passar à pergunta 4.20**

4.19. Quantos anos fumou ou tem fumado tabaco diariamente?

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

ano(s)

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

Apenas fumo produzido por outras pessoas deve ser considerado.

☐ Todos os dias, 1 hora ou mais por dia

☐ Todos os dias, menos de uma hora por dia

☐ Pelo menos uma vez por semana (mas não todos os dias)

☐ Menos de uma vez por semana

☐ Nunca ou quase nunca

4.21. Você atualmente usa produtos de tabaco aquecido (sem combustão, por exemplo sticks de tabaco ou produtos que utilizam tabaco em folhas)?

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

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

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

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

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

Consumo de álcool

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

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

- ☐ Sim
☐ Não, nunca na minha vida



Passar à pergunta 4.33

**(Utilização não médica de medicamentos
sujeitos a receita médica)**

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

anos

4.26. **Já alguma vez...**

... sentiu necessidade de reduzir o consumo de bebidas alcoólicas?

☐ Sim ☐ Não

... as pessoas que o rodeiam o aborreceram por criticarem o seu consumo de bebidas alcoólicas?

☐ Sim ☐ Não

... se sentiu mal ou culpado pelo seu consumo de álcool?

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utilização não médica de medicamentos sujeitos a receita médica

As perguntas seguintes dizem respeito a medicamentos/medicamentos sujeitos a receita médica entregues exclusivamente em farmácias com prescrição médica. Um uso não médico de medicamentos sujeitos a receita médica refere-se a:

- o uso que ocorre sem uma prescrição médica pessoal (por exemplo, obtida de um amigo, de um membro da família ou de outra pessoa);
- a utilização com uma prescrição pessoal de um médico, mas que não tem necessariamente ou deixou de ter uma indicação médica que justifique a sua utilização
- o uso que não segue a prescrição médica (por exemplo, em doses maiores, por um período de tempo mais longo ou para fins diferentes dos prescritos).

As perguntas que se seguem dizem respeito à utilização não médica de medicamentos sujeitos a receita médica com efeitos psicoactivos (como benzodiazepinas, opiáceos, psicoestimulantes, antiepilépticos ou cannabis medicinal). Os medicamentos sujeitos a receita médica sem efeitos psicoactivos (por exemplo, medicamentos para a diabetes ou para o colesterol) não devem ser considerados.

4.33. Durante os **últimos 12 meses**, utilizou algum dos seguintes medicamentos sujeitos a receita médica para fins não médicos?

☐ Sim

☐ Não

→ Passar à pergunta 4.36 (Substâncias lícitas/ilícitas)

Em caso afirmativo, indique na lista que se segue os medicamentos sujeitos a receita médica que utilizou para fins não médicos nos últimos 12 meses. Assinale todas as opções aplicáveis

Medicamentos sujeitos a receita médica

Utilizado durante
últimos 12 meses

Benzodiazepinas e medicamentos afins: utilizados no tratamento de perturbações do sono e no tratamento da ansiedade. Exemplos:

- Ansiolíticos, por exemplo: diazepam (Valium®), lorazepam (Temesta®), bromazepam (Lexotan®), alprazolam (Xanax®), clorazepat (Tranxene®), clonazepam (Rivotril®), nordazepam (Calmday®), oxazepam (Oxazepam EG®)
- Hipnóticos e sedativos, por exemplo: zopiclone (Imovane®), zolpidem (Stilnoct®), lormetazepam (Loramet®), ...

☐

Opióides: *analgésicos fortes*. Exemplos:

- Oxycodona (Oxycontin®, OxyNorm®), oxycodona/naloxona (Targinact®), fentanil (Matrifen®, Durogesic®), ...
- Tramadol (Tradonal®, Tramal®), tramadol/paracetamol (Zaldiar®), ...
- Codeína/paracetamol (Algisedal®, Dafalgan codeína®), codeína/ibuprofeno (Brufen codeína®), ...
- Buprenorfina (Subutex®), metadona (Mephenon®), ...

☐

Opióides: *para aliviar a tosse*. Exemplos:

- Xaropes para a tosse contendo codeína (Bronchosedal codeína®, Neo-codion®, Toularinx codeína®), ...
- Comprimidos para a tosse contendo codeína (Neo-codion®), ...

☐

Psicoestimulantes: utilizados, por exemplo, para perturbações de défice de atenção, para perder peso ou para se manter acordado. Exemplos:

- Metilfenidato (Concerta®, Rilatine®, Medikinet®), ...

☐

Antiepilépticos: utilizados para prevenir ou tratar crises ou convulsões, controlando a atividade eléctrica anormal no cérebro (por exemplo, associada à epilepsia). Exemplo:

- Pregabalina (Lyrica®), ...

☐

Cannabis medicinal: utilizada, por exemplo, para aliviar dores crónicas graves devidas ao cancro ou à esclerose múltipla. Exemplos:

- Solução oral/líquido e/ou spray bucal contendo CBD, ou CBD + THC (Sativex®, Epidyolex®)

☐

4.34. Por que razão utilizou os medicamentos sujeitos a receita médica acima referidos para fins não médicos?

Várias respostas possíveis: assinale todas as que se aplicam

- ☐ Para reduzir a dor/inflamações/tosse
- ☐ Para melhorar o sono
- ☐ Para lidar com sentimentos de depressão ou ansiedade
- ☐ Para lidar com o stresse
- ☐ Para lidar com sintomas de abstinência e/ou sentimentos de necessidade
- ☐ Para lidar ou equilibrar os efeitos de outras substâncias
- ☐ Para intensificar o efeito de um medicamento prescrito (tomando uma dose superior à recomendada) porque a dose prescrita por um médico não parece adequada/suficiente
- ☐ Para alterar o meu estado de espírito ou de consciência/para ficar pedrado
- ☐ Para experimentar
- ☐ Para lidar com a vida quotidiana
- ☐ Para aumentar a produtividade no trabalho e/ou nos estudos
- ☐ Para facilitar a interação social
- ☐ Outros (especificar): _____

4.35. Durante os **últimos 30 dias**, utilizou algum dos seguintes medicamentos sujeitos a receita médica para fins não médicos?

☐ Sim

☐ Não



Passar à pergunta 4.36 (Substâncias lícitas/ilícitas)

Em caso afirmativo, indique, de entre a lista que se segue, quais os medicamentos sujeitos a receita médica que utilizou nos últimos 30 dias e, aproximadamente, em quantos dias. Assinale todas as opções aplicáveis.

Medicamentos sujeitos a receita médica	1-3 dias	4-9 dias	10-19 dias	20 dias ou mais
Benzodiazepinas e medicamentos afins: <i>utilizados no tratamento de perturbações do sono e no tratamento da ansiedade. Exemplos:</i>				
- Ansiolíticos, por exemplo: diazepam (Valium®), lorazepam (Temesta®), bromazepam (Lexotan®), alprazolam (Xanax®), clorazepat (Tranxene®), clonazepam (Rivotril®), nordazepam (Calmday®), oxazepam (Oxazepam EG®)	☐	☐	☐	☐
- Hipnóticos e sedativos, por exemplo: zopiclone (Imovane®), zolpidem (Stilnoct®), lormetazepam (Loramet®), ...				
Opióides: <i>analgésicos fortes. Exemplos:</i>				
- Oxycodona (Oxycontin®, OxyNorm®), oxycodona/naloxona (Targinact®), fentanil (Matrifen®, Durogesic®), ...				
- Tramadol (Tradonal®, Tramal®), tramadol/paracetamol (Zaldiar®), ...	☐	☐	☐	☐
- Codeína/paracetamol (Algisedal®, Dafalgan codeína®), codeína/ibuprofeno (Brufen codeína®), ...				
- Buprenorfina (Subutex®), metadona (Mephenon®), ...				
Opióides: <i>para aliviar a tosse. Exemplos:</i>				
- Xaropes para a tosse contendo codeína (Bronchosedal codeína®, Neo-codion®, Toularynx codeína®), ...	☐	☐	☐	☐
- Comprimidos para a tosse contendo codeína (Neo-codion®), ...				
Psicoestimulantes: <i>utilizados, por exemplo, para perturbações de défice de atenção, para perder peso ou para se manter acordado. Exemplos:</i>	☐	☐	☐	☐
- Metilfenidato (Concerta®, Rilatine®, Medikinet®), ...				
Antiepilépticos: <i>utilizados para prevenir ou tratar crises ou convulsões, controlando a atividade eléctrica anormal no cérebro (por exemplo, associada à epilepsia). Exemplo:</i>	☐	☐	☐	☐
- Pregabalina (Lyrica®), ...				
Cannabis medicinal: <i>utilizada, por exemplo, para aliviar dores crónicas graves devidas ao cancro ou à esclerose múltipla. Exemplos:</i>	☐	☐	☐	☐
- Solução oral/líquido e/ou spray bucal contendo CBD, ou CBD + THC (Sativex®, Epidyolex®)				

Substâncias lícitas/ilícitas

*Este capítulo aborda exclusivamente o uso de cannabis, substâncias lícitas/ilícitas e/ou novas substâncias psicoativas (NSP, definição na tabela abaixo). Por favor, observe que o uso de cannabis ou produtos farmacêuticos à base de cannabis **prescritos por um médico** (para uso terapêutico), assim como o uso de produtos de CBD / baixo THC (THC <1), **não devem ser relatados aqui**.*

A tabela abaixo fornece sinônimos e nomes gíria usados para diferentes substâncias, e a definição de NSP

Tabaco	Cigarros pré-fabricados, cigarros enrolados, cachimbo, charutos, produtos de tabaco aquecido, narguilé, rapé, snus, tabaco de mascar
Cannabis - Erva	Marijuana, maconha, erva, charro, ganja, canhão, pot, droga, Maria-Joana
Cannabis - Resina	Haxixe, hax, shit
Ecstasy/MDMA	E, MDMA, MD comprimidos, pílula do amor, smilies, outras denominações específicas do logótipo impresso nos comprimidos
Anfetaminas	Speed, cristal, estimulantes, anfes, pep
Metanfetaminas	Meth, crank, cristal, crystal meth, cristina, tina, ice
Cocaína	C, coca, branca, branquinha, gulosa, neve, snow, clia, cola
Heroína	Cavalo, cavalete, chnouk, H, heroa, pó, poeira, noite, produto, castanha, cena, material
Cogumelos alucinogénios	Psilos, cogumelos mágicos
LSD	Ácido, pills, cones, trips
Óxido nitroso	Gás hilariante
Substâncias voláteis e inalantes	Solventes, cola, spray
Quetamina/cetamina	Cat, K, Kit Kat, purple...
Novas substâncias/drogas psicoativas (NPS)	Substâncias/produtos (vendidos legal e/ou ilegalmente) que supostamente imitam os efeitos de diferentes tipos de drogas controladas/ilegais. As novas substâncias psicoativas existem em diferentes formatos (por exemplo, pós, comprimidos, tabletes, líquidos, ervas, etc.) e são também conhecidas por: NSP, legal highs, designer drugs, smart drugs, herbal highs, bath salts, research chemicals... Exemplos de tipos de NSP: Canabinóides sintéticos (por exemplo, Spice), Catinonas sintéticas (por exemplo, mefedrona, 3-MMC, 3-CMC, sais de banho), Opiáceos sintéticos (por exemplo, fentanil...)

4.36. Você já usou cannabis, alguma substância lícita/ilícita ou alguma NSP (novas substâncias psicoativas) em **sua vida**, mesmo que apenas uma vez?

☐ Sim

☐ Não

→ **Passar à pergunta 4.40 (Apoio social)**

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

Substâncias	Já consumiu?	Com que idade consumiu pela primeira vez?
Tabaco	☐	____ anos
Cannabis - Erva	☐	____ anos
Cannabis - Resina	☐	____ anos
Ecstasy/MDMA	☐	____ anos
Anfetaminas	☐	____ anos
Metanfetaminas	☐	____ anos
Cocaína	☐	____ anos
Heroína	☐	____ anos
Cogumelos alucinogênicos	☐	____ anos
LSD	☐	____ anos
Óxido nitroso	☐	____ anos
Substâncias voláteis e inalantes	☐	____ anos
Quetamina/cetamina	☐	____ anos
Novas substâncias/drogas psicoativas (NSP)	☐	____ anos
Outra(s) (Especifique por favor): _____	☐	____ anos
Não sei/não tenho a certeza qual/quais droga(s) consumi	☐	____ anos

4.37. Você usou cannabis, alguma substância lícita/ilícita ou alguma NSP (novas substâncias psicoativas) nos **últimos 12 meses**?

☐ Sim

☐ Não

→ **Passar à pergunta 4.40 (Apoio social)**

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

Substâncias	Nos últimos 12 meses
Tabaco	☐
Cannabis - Erva	☐
Cannabis - Resina	☐
Ecstasy/MDMA	☐
Anfetaminas	☐
Metanfetaminas	☐
Cocaína	☐
Heroína	☐
Cogumelos alucinogênicos	☐
LSD	☐
Óxido nitroso	☐
Substâncias voláteis e inalantes	☐
Quetamina/cetamina	☐
Novas substâncias/drogas psicoativas (NSP)	☐
Outra(s) (Especifique por favor): _____	☐
Consumi alguma droga, mas não sei/não tenho a certeza qual era	☐

4.38. Você usou cannabis, alguma substância lícita/ilícita ou alguma NSP nos **últimos 30 dias**?

☐ Sim

☐ Não

→ **Passar à pergunta 4.40 (Apoio social)**

Em caso positivo, indique na lista abaixo as substâncias/drogas ilícitas que você consumiu e aproximadamente por quantos dias

Substâncias	1-3 dias	4-9 dias	10-19 dias	20 dias ou mais
Cannabis - Erva	☐	☐	☐	☐
Cannabis - Resina	☐	☐	☐	☐
Ecstasy/MDMA	☐	☐	☐	☐
Anfetaminas	☐	☐	☐	☐
Metanfetaminas	☐	☐	☐	☐
Cocaína	☐	☐	☐	☐
Heroína	☐	☐	☐	☐
Cogumelos alucinogênicos	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐
Óxido nitroso	☐	☐	☐	☐
Substâncias voláteis e inalantes	☐	☐	☐	☐
Quetamina/cetamina	☐	☐	☐	☐
Novas substâncias/drogas psicoativas	☐	☐	☐	☐
Outra(s) (Especifique por favor): _____	☐	☐	☐	☐
Não sei/não tenho a certeza qual/quais droga(s) consumi	☐	☐	☐	☐

4.39. Você já usou cannabis, qualquer substância ilícita ou qualquer NPS **junto com** outra substância lícita/ilícita (por exemplo, álcool, medicamentos prescritos) ao mesmo tempo ou dentro de algumas horas com a intenção de sobrepor (por exemplo, intensificar, modular ou reduzir) seus efeitos?

Por medicamentos sujeitos a receita médica entendemos os medicamentos que são entregues nas farmácias apenas com receita médica e com um efeito psicoativo (por exemplo, benzodiazepinas, opiáceos, psicoestimulantes, antiepiléticos)

☐ Sim

☐ Não

→ **Passar à pergunta 4.40 (Apoio social)**

Em caso afirmativo, indique entre a lista abaixo quais combinações de substâncias você usou ao longo da sua vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias

Substâncias	Utilizadas alguma vez na vida	Utilizadas nos últimos 12 meses	Utilizadas nos últimos 30 dias
Cannabis (à base de plantas, resina ou outra) e álcool	☐	☐	☐
Cannabis (à base de plantas, resina ou outra) e drogas ilícitas	☐	☐	☐
Cannabis (à base de plantas, resina ou outra) e medicamentos sujeitos a receita médica	☐	☐	☐
Drogas ilícitas e álcool	☐	☐	☐
Drogas ilícitas e medicamentos sujeitos a receita médica	☐	☐	☐
Outras combinações: _____ e _____	☐	☐	☐

Apoio social

As próximas três perguntas dizem respeito aos seus contactos sociais.

4.40. Quantas pessoas lhe são suficientemente próximas para que possa contar com elas se tiver problemas pessoais graves?

- ☐ Nenhuma
- ☐ 1 ou 2
- ☐ 3 a 5
- ☐ 6 ou mais

4.41. Em que medida as outras pessoas se preocupam ou se interessam por aquilo que faz?

- ☐ Muita atenção e interesse
- ☐ Bastante atenção e interesse
- ☐ Incerto
- ☐ Pouca atenção e interesse
- ☐ Nenhuma atenção ou interesse

4.42. Com que facilidade conseguiria obter ajuda prática da parte dos seus vizinhos, em caso de necessidade?

- ☐ Muito fácil
- ☐ Fácil
- ☐ Possível
- ☐ Difícil
- ☐ Muito difícil

Prestações informais de cuidados e assistência

Esta secção diz respeito à prestação informal de cuidados a pessoas com problemas de saúde.

4.43. Você presta cuidados ou assistência a uma ou mais pessoas que sofrem de algum problema relacionado à idade, condição crônica de saúde ou infirmitade (excluindo qualquer cuidado prestado como parte da sua profissão), **pelo menos uma vez por semana?**

☐ Sim

☐ Não → **Fim do questionário**

4.44. Trata-se de uma ou mais pessoas que são...?

*Assinale a categoria de pessoas à qual presta cuidados **mais frequentemente**.*

☐ Membro(s) da sua família

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

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

☐ Menos de 5 horas por semana

☐ 5 horas a menos de 10 horas por semana

☐ 10 horas a menos de 20 horas por semana

☐ 20 horas a menos de 30 horas por semana

☐ 30 horas a menos de 40 horas por semana

☐ 40 horas ou mais por semana

**O QUESTIONÁRIO ESTÁ
AGORA CONCLUÍDO**

OBIGADO
pefa sua participação

Seguir os próximos passos da pesquisa
www.ehis.lu