

QUESTIONÁRIO EPITeen

21 ANOS

INQUIRIDOR

ID

DATA DE PREENCHIMENTO

 - -

Muito obrigado(a) por ter aceite participar nesta avaliação.

Pedimos-lhe, novamente, a sua colaboração, respondendo a um conjunto de perguntas sobre a sua saúde, as doenças que o(a) afectaram a si e à sua família, os seus hábitos alimentares, de actividade física, e alguns comportamentos que possam ajudar a compreender os problemas de saúde da população. Algumas das perguntas serão feitas por mim, mas vamos também pedir-lhe que responda sozinho a algumas questões para evitar condicionar a sua resposta.

Tal como lhe referimos ao marcar esta avaliação, vamos fazer-lhe uma avaliação do seu peso, altura, pressão arterial, além de alguns exames como: electrocardiograma, densitometria óssea, provas de função respiratória e análises ao sangue. Como já é do seu conhecimento, os resultados destes exames ser-lhe-ão enviados por correio, o mais brevemente possível.

Fazemos a todos os participantes as mesmas perguntas, e toda a informação é confidencial. Contudo como é norma internacional, para que as informações sejam obtidas e guardadas necessitamos de autorização por escrito, conforme a Declaração de Helsínquia que lhe passamos a apresentar.

Caso tenha alguma dúvida, agora ou ao longo da avaliação, não hesite em expô-la.

A. CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E DEMOGRÁFICAS

1. Qual é o seu estado marital?

- Solteiro/a Divorciado/a Viúvo/a
 Casado/a Separado/a (não vive com o cônjuge) Não responde
 União de facto Separado/a (não vive com o companheiro)

2. Qual o último ano de escolaridade que completou? anos

2.1. Se completou grau académico, qual(ais)?

2.2. De que forma atingiu esta escolaridade?

- Processo escolar regular Não Sabe
 Cursos de Educação e Formação de Adultos Cursos de Especialização Tecnológica
 Cursos do Ensino Recorrente Vias de conclusão do nível secundário de educação
 Iniciativa "Novas oportunidades"

3. Neste momento ainda frequenta algum tipo de ensino? Não Sim Não responde

Se não,

3.1. Com que idade deixou o ensino? anos

3.2. Qual a razão?

4. Qual é a sua profissão?

5. Qual é a sua ocupação/actividade profissional actual?(se é desempregado(a) ou doméstica ou outra, considerar a última actividade profissional)

6. Na sua actividade profissional, supervisiona ou é responsável pelo trabalho de outras pessoas? (se é desempregado(a) ou doméstica ou outra considerar a última actividade)

- Não Sim Não responde

58287



7. Relativamente à sua situação face ao trabalho, qual é a sua situação profissional actual principal?

- Empregado(a) a tempo inteiro
- Empregado(a) parcial (pelo menos 15h semanais)*
- Empregado(a) menos que o tempo parcial (menos de 15h semanais)*
- Trabalhador(a) familiar não remunerado *
- Desempregado(a)/à procura do 1º emprego
- Estudante/na escola/em formação profissional
- Doméstica(o)/ocupa-se das tarefas do lar*
- Outra situação
- Não responde

***7.1. Essa situação é por opção própria?**

- Não Sim

8. Trabalha/ trabalhava por conta de outrem ou por conta própria?

- Trabalha por conta de outrem Trabalha por conta própria Nunca trabalhou Não responde

8.1. Se trabalha por conta própria, indique o nº de funcionários <=10 11-99 >=100

9. Se tem outra situação profissional, qual?

- Empregado(a) a tempo inteiro
- Empregado(a) parcial (pelo menos 15h semanais)*
- Empregado(a) menos que o tempo parcial (menos de 15h semanais)*
- Trabalhador(a) familiar não remunerado *
- Estudante/na escola/em formação profissional
- Outra situação
- Não responde

***9.1. Essa situação é por opção própria?**

- Não Sim

10. Alguma vez emigrou para trabalhar? Não Sim

Se sim,

10.1. Com que idade isso aconteceu pela primeira vez? anos

10.2. Actualmente:

- Continua emigrado
- Regressou porque deixou de ter emprego no estrangeiro
- Regressou porque conseguiu trabalho em Portugal
- Regressou por outros motivos mesmo não tendo emprego em Portugal

11. Qual dos seguintes escalões corresponde ao seu rendimento líquido individual (médio, mensal, em euros)

- Nenhum
- Até 500€ (A)
- 501 - 1000€ (B)
- 1001 - 1500 € (C)
- 1501 - 2000 € (D)
- 2001 - 2500 € (E)
- 2501 - 3000 € (F)
- Mais de 3000 € (G)
- Não responde (H)
- Não sabe (I)

Relativamente ao seu cônjuge...

(Se não vive conjugalmente com alguém, passar para a questão 18)

12. Qual o último ano de escolaridade que o seu cônjuge completou? anos

12.1. De que forma atingiu a escolaridade referida?

Processo escolar regular

Cursos de Educação e Formação de Adultos

Cursos do Ensino Recorrente

Não Sabe

Cursos de Especialização Tecnológica

Vias de conclusão do nível secundário de educação

Iniciativa "Novas oportunidades"

13. Relativamente à situação face ao trabalho, qual é a situação profissional actual do seu cônjuge?

Empregado(a) a tempo inteiro

Empregado(a) parcial (pelo menos 15h semanais)*

Empregado(a) menos que o tempo parcial (menos de 15h semanais)*

Trabalhador(a) familiar não remunerado*

Desempregado(a)

Estudante/na escola/em formação profissional

Doméstica(o)/ocupa-se das tarefas do lar*

Outra situação

Não responde

***13.1.** Essa situação é por opção própria?

Não Sim

14. Qual o principal sector em que o seu cônjuge trabalha/ trabalhava?

Trabalha por conta de outrém

Trabalha por conta própria

Nunca trabalhou

Não responde

14.1. Se trabalha por conta própria, indique o nº de funcionários <=10 11-99 >=100

15. Qual é profissão do seu cônjuge?

16. Qual é a ocupação/actividade profissional actual do seu cônjuge? (se respondeu desempregado(a) ou doméstica ou outra, considerar a última actividade profissional)

17. O seu cônjuge, supervisiona ou é responsável pelo trabalho de outras pessoas? (se respondeu desempregado(a) ou doméstica ou outra, considerar a última actividade profissional)

Não Sim Não responde

As perguntas seguintes dizem respeito ao seu agregado familiar...

18. Quais são os elementos que constituem o seu agregado familiar?

Vive sozinho Não Sim (Se sim, passar para a questão 21)

Mãe Não Sim

Pai Não Sim

Cônjuge Não Sim

Irmãos

Pais do Cônjuge

Filhos

Outros familiares

Outros não familiares

19. A sua residência actual é a mesma que a do agregado? Não Sim

19.1. Se não, qual o motivo?

20. Qual dos seguintes escalões corresponde ao rendimento líquido do seu agregado familiar (médio, mensal, em euros)

- Até 500€ (A) 1501 - 2000 € (D) Mais de 3000 € (G)
 501 - 1000 € (B) 2001 - 2500 € (E) Não responde (H)
 1001 - 1500 € (C) 2501 - 3000 € (F) Não sabe (I)

21. Considera que os rendimentos do seu agregado familiar são:

- Insuficientes Tem de ter cuidado com os gastos Chega para as suas necessidades Confortáveis

22. Algumas pessoas consideram que a sociedade portuguesa está dividida em classes sociais. Das seguintes classes, em qual delas é que se incluiria?

- Classe baixa (A) Classe média baixa (B) Classe média alta (C) Classe alta (D)
 Nenhuma destas (E) Não responde (F) Não sabe (G)

B. CUIDADOS DE SAÚDE

23. Nos últimos 12 meses, quantas vezes consultou um dentista?

24. Nos últimos 12 meses, quantas vezes consultou um médico?

25. Nos últimos 12 meses, quantas vezes recorreu a medicinas complementares/alternativas?

25.1. Se alguma, qual?

26. Nos últimos 12 meses, recorreu alguma vez à urgência hospitalar? Não Sim

Se sim,

26.1. Quantas vezes?

26.2. Qual(is) o(s) motivo(s)?

27. Nos últimos 12 meses, durante alguma visita a um médico ou a outro prestador de cuidados de saúde, foi questionado sobre os seus hábitos tabágicos?

- Não Sim Não teve nenhum contacto com profissionais saúde Não responde

27.1. Se sim, foi advertido para deixar de fumar? Não Sim Não se aplica

28. Nos últimos 12 meses, durante alguma visita a um médico foi-lhe sugerido fazer o teste ao VIH?

- Não Sim Não teve nenhum contacto com um médico Não responde

29. Nos últimos 12 meses, fez o teste ao VIH?

- Não Sim Não responde

29.1. Se sim, foi por:

- Sugestão médica Iniciativa própria Sugestão de outro Ser dador



30. Por rotina, para os seus cuidados de saúde, recorre ao:

Centro de saúde

Consultório particular

Consulta hospitalar pública

Outro

31. Dos locais assinalados, a qual recorre mais frequentemente?

Centro de saúde Consultório particular Consulta hospitalar pública Outro

32. Qual o nome do médico que habitualmente o segue?

33. Em geral, diria que a sua saúde é: Óptima Muito boa Boa Razoável Fraca

34. Alguma vez o médico lhe diagnosticou, alguma das doenças que lhe vou referir, e se sim, há quanto tempo isso aconteceu:

Há quanto tempo?

34.1 Diabetes Não Sim anos < 1 ano

34.2 Rinite Não Sim anos < 1 ano

34.3 Asma Não Sim anos < 1 ano

34.4 Alergia Não Sim anos < 1 ano

Qual(is)?

34.5 Anorexia Não Sim anos < 1 ano

34.6 Bulimia Não Sim anos < 1 ano

34.7 Depressão Não Sim anos < 1 ano

35. Tem actualmente alguma outra doença que o obriga a cuidados médicos regulares, i.e., tratamentos, análises, consultas, etc.? Não Sim

35.1 Se sim, qual(is)?



36. Durante os últimos 12 meses tomou algum medicamento de forma crónica continuada? Não Sim

36.1 Se sim, qual(is) o(s) medicamento(s) e durante quanto tempo o(s) tomou nos últimos 12 meses?

Nome medicamento e dosagem	Motivo	N.º unidades	Durante quanto tempo nos últimos 12 meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> semanas <input type="radio"/> meses*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> semanas <input type="radio"/> meses*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> semanas <input type="radio"/> meses*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> semanas <input type="radio"/> meses*

(*selecione o que interessa)

37. Nos últimos 12 meses tomou algum suplemento de vitaminas ou minerais? Não Sim Não sabe

37.1 Se sim, qual(is) o(s) suplemento(s) e durante quanto tempo o(s) tomou nos últimos 12 meses?

Nome suplemento e dosagem	Quantidade total
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indicado por: <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Outro <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indicado por: <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Outro <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Indicado por: <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Outro <input type="text"/>	

38. Fez a vacina da Hepatite B? Não Sim Não sabe

38.1. Se sim, com que idade? anos

39. Alguma vez teve uma fractura óssea? Não Sim

Local	Nº Fracturas	Idade da 1ª fractura	Codificação do local
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	1. Tornozelo
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	2. Braço
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	3. Dedo da mão
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	4. Dedo do pé
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	5. Pé
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	6. Mão
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	7. Anca
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8. Joelho
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	9. Perna
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	10. Bacia
			11. Costelas
			12. Coluna cervical
			13. Coluna dorsal
			14. Coluna lombar
			15. Pulso
			16. Outra (especificar)
			<input type="text"/>

58287



Relativamente à história familiar de doença...

40. O seu pai ainda é vivo? Não Sim Não sabe

40.1. Se faleceu:

a) com que idade?

--	--

b) qual a causa?

Não Sim Não sabe

Morte súbita

Outras Causas de Morte

Qual(is)?

--

--	--	--	--	--

41. A sua mãe ainda é viva? Não Sim Não sabe

41.1. Se faleceu:

a) com que idade?

--	--

b) qual a causa?

Não Sim Não sabe

Morte súbita

Outras Causas de Morte

Qual(is)?

--

--	--	--	--	--

42. Quantos irmãos tem ou teve?

--	--

43. Quantas irmãs tem ou teve?

--	--

44. As suas irmãs sofrem ou alguma vez sofreram de alguma das seguintes doenças?

	Não	Sim	Não sabe	Se sim: quantas irmãs ?		
44.1 Diabetes tipo 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
44.2 Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
44.3 AVC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
44.4 Enfarte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
44.5 Cirurgia de revascularização (bypass) ou angioplastia coronária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
44.6 Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		
44.7 Cancro*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>		

*Qual(is)?

--

Se tiveram AVC ou Enfarte foi com que idade (registar a idade + nova no caso de várias irmãs):

AVC <45 45-55 55-65 >65 NS

Enfarte <45 45-55 55-65 >65 NS

45. Alguma das suas irmãs já faleceu? Não Sim Não sabe

45.1. Se faleceu:

a) com que idade?

--	--

b) qual a causa?

Não Sim Não sabe

Morte súbita

Outras Causas de Morte

Qual(is)?

--

--	--	--	--	--



46. Os seus irmãos sofrem ou alguma vez sofreram de alguma das seguintes doenças?

	Não	Sim	Não sabe	Se sim: quantos irmãos ?
46.1 Diabetes tipo 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
46.2 Diabetes tipo 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
46.3 AVC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
46.4 Enfarte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
46.5 Cirurgia de revascularização (bypass) ou angioplastia coronária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
46.6 Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
46.7 Cancro*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

*Qual(is)?

Se tiveram AVC ou Enfarte foi com que idade (registar a idade + nova no caso de vários irmãos):

- AVC <45 45-55 55-65 >65 NS
 Enfarte <45 45-55 55-65 >65 NS

47. Algum dos seus irmãos já faleceu? Não Sim Não sabe

47.1. Se faleceu:

a) com que idade?

b) qual a causa?

	Não	Sim	Não sabe	Qual(is)?
Morte súbita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Outras Causas de Morte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

48. Desde a última avaliação deste projecto:

48.1 Recorreu alguma vez à urgência (hospitalar)? Não Sim Não sabe

Se sim, qual o motivo?

48.2 Foi submetido a alguma cirurgia? Não Sim Não sabe

Se sim, qual o motivo?

48.3 Esteve internado? Não Sim Não sabe

Se sim, qual o motivo?

Aplicar Questionário C. HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA



D. QUESTIONÁRIO NÓRDICO MÚSCULO-ESQUELÉTICO

As perguntas que se seguem procuram avaliar problemas músculo-esqueléticos.

Considerando os últimos 12 meses, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:

59. Pescoço? Não (seguir para a 60.) Sim

59.1 Com que intensidade sentiu esta dor nos últimos 12 meses? (preencher questão 59.1 no anexo)

59.2 Qual a causa mais importante da dor que sentiu nos últimos 12 meses?

Não sei Trabalho Desporto Outro traumatismo (queda, acidente, etc.)

Outra

60. Ombros? Não (seguir para a 61.) Sim

60.1 Em qual? direito esquerdo ambos

60.2 Com que intensidade sentiu esta dor nos últimos 12 meses? (preencher questão 60.2, no anexo)

60.3 Qual a causa mais importante da dor que sentiu nos últimos 12 meses?

Não sei Trabalho Desporto Outro traumatismo (queda, acidente, etc.)

Outra

61. Cotovelo? Não (seguir para a 62.) Sim

61.1 Em qual? direito esquerdo ambos

61.2 Com que intensidade sentiu esta dor nos últimos 12 meses? (preencher questão 61.2, no anexo)

61.3 Qual a causa mais importante da dor que sentiu nos últimos 12 meses?

Não sei Trabalho Desporto Outro traumatismo (queda, acidente, etc.)

Outra

62. Punho/mãos? Não (seguir para a 63.) Sim

62.1 Em qual? direito esquerdo ambos

62.2 Com que intensidade sentiu esta dor nos últimos 12 meses? (preencher questão 62.2, no anexo)

62.3 Qual a causa mais importante da dor que sentiu nos últimos 12 meses?

Não sei Trabalho Desporto Outro traumatismo (queda, acidente, etc.)

Outra

63. Região torácica (dorsal, meio das costas)? Não (seguir para a 64.) Sim

63.1 Com que intensidade sentiu esta dor nos últimos 12 meses? (preencher questão 63.1, no anexo)

63.2 Qual a causa mais importante da dor que sentiu nos últimos 12 meses?

Não sei Trabalho Desporto Outro traumatismo (queda, acidente, etc.)

Outra

64. Região lombar (cruzes, fundo das costas)? Não (seguir para a 65.) Sim

64.1 Com que intensidade sentiu esta dor nos últimos 12 meses? (preencher questão 64.1, no anexo)

64.2 Qual a causa mais importante da dor que sentiu nos últimos 12 meses?

Não sei Trabalho Desporto Outro traumatismo (queda, acidente, etc.)

Outra



65. **Ancas/Coxas?** Não (seguir para a 66.) Sim

65.1 Com que intensidade sentiu esta dor nos últimos 12 meses? (preencher questão 65.1, no anexo)

65.2 Qual a causa mais importante da dor que sentiu nos últimos 12 meses?

Não sei Trabalho Desporto Outro traumatismo (queda, acidente, etc.)

Outra

66. **Joelhos?** Não (seguir para a 67.) Sim

66.1 Com que intensidade sentiu esta dor nos últimos 12 meses? (preencher questão 66.1, no anexo)

66.2 Qual a causa mais importante da dor que sentiu nos últimos 12 meses?

Não sei Trabalho Desporto Outro traumatismo (queda, acidente, etc.)

Outra

67. **Tornozelo/pé?** Não (seguir para a 68.) Sim

67.1 Com que intensidade sentiu esta dor nos últimos 12 meses? (preencher questão 67.1, no anexo)

67.2 Qual a causa mais importante da dor que sentiu nos últimos 12 meses?

Não sei Trabalho Desporto Outro traumatismo (queda, acidente, etc.)

Outra

(Se assinalou Não para **todas** as regiões, seguir para a secção seguinte)

68. **Algun dos problemas que mencionou durou pelo menos 3 meses?** Não Sim

68.1 Se sim, em que região(ões)?

Durante os **últimos 12 meses** teve que evitar as suas actividades normais (trabalho, serviço doméstico ou passatempos) por causa de problemas (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:

Nos **últimos 7 dias**, teve algum problema (tal como dor, desconforto ou dormência) nas seguintes regiões:

69. **PESCOÇO?**

Não Sim

Não Sim

70. **OMBROS?**

Não Sim

Não Sim

direito esquerdo ambos

direito esquerdo ambos

71. **COTOVELO?**

Não Sim

Não Sim

direito esquerdo ambos

direito esquerdo ambos

72. **PUNHO/MÃOS?**

Não Sim

Não Sim

direito esquerdo ambos

direito esquerdo ambos

73. **REGIÃO TORÁCICA?**

Não Sim

Não Sim

74. **REGIÃO LOMBAR?**

Não Sim

Não Sim

75. **ANCAS/COXAS?**

Não Sim

Não Sim

76. **JOELHOS?**

Não Sim

Não Sim

77. **TORNOZELO/PÉS?**

Não Sim

Não Sim



E. ACR 2010

78. Relativamente à última semana e usando a seguinte escala (anexo), indique a gravidade com que sentiu:

- 0: Sem problemas
- 1: Problemas discretos ou leves; geralmente leves ou intermitentes
- 2: Moderados; geralmente um nível moderado e/ou presente muitas vezes
- 3: Graves; generalizados, sempre presentes

	0	1	2	3
78.1. Fadiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78.2. Problemas em pensar ou recordar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78.3. Acordar cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

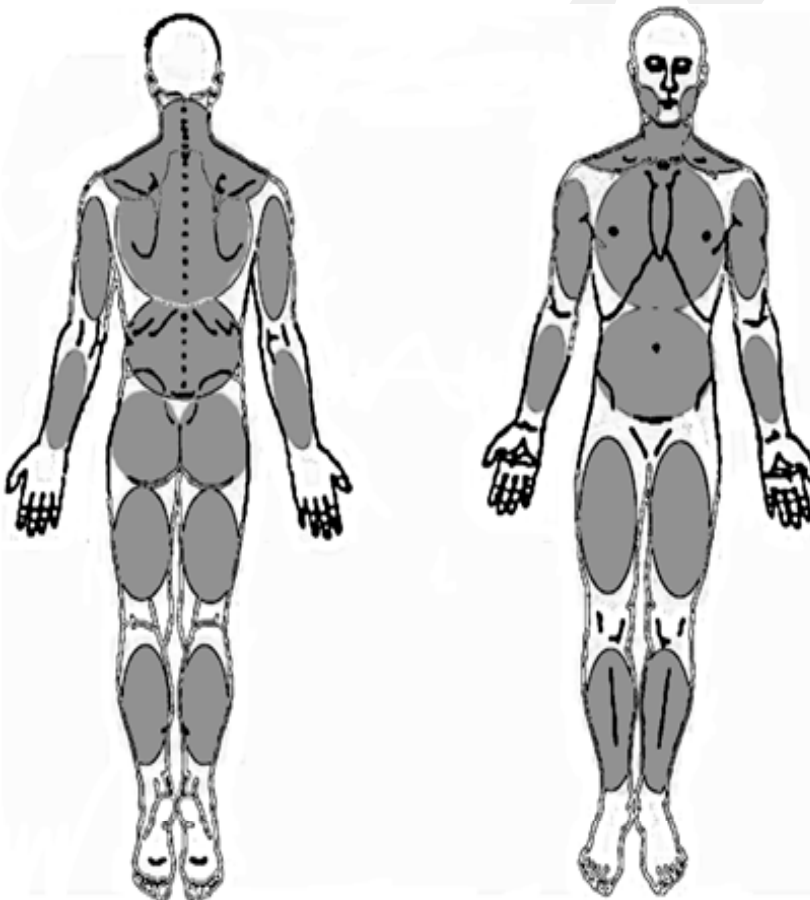
79. Durante os últimos 6 meses, tem-se sentido incomodado(a) por:

	Não	Sim		Não	Sim
79.1. Dor no abdómen (dor na barriga)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	79.5. Dormência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79.2. Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	79.6. Náuseas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79.3. Dor de cabeça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	79.7. Tonturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79.4. Comichão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Por favor, considere a figura que se segue.

80. Nos últimos 7 dias, sentiu dor ou sensibilidade em alguma das áreas sombreadas na figura? Não Sim

80.1. Se sim, assinale (pinte) nas figuras as áreas onde sentiu dor ou sensibilidade.



- Ombro esquerdo
- Ombro direito
- Anca esquerda
- Anca direita
- Braço esquerdo
- Braço direito
- Antebraço esquerdo
- Antebraço direito
- Coxa esquerda
- Coxa direita
- Perna esquerda
- Perna direita
- Maxilar esquerdo
- Maxilar direito
- Peito
- Abdómen
- Parte de cima das costas
- Fundo das costas
- Pescoço

81. Globalmente, os sintomas que referiu (nas questões 78, 79 e 80) estiveram presentes durante pelo menos 3 meses? Não Sim



F. HÁBITOS E ACTIVIDADES

Dormir/Descansar:

82. Habitualmente a que horas se deita?

		:		
horas			minutos	

		:		
horas			minutos	
83. Habitualmente, a que horas se levanta?

		:		
horas			minutos	

		:		
horas			minutos	

Na profissão/actividade:

84. Quantas horas por semana trabalha/estuda?

--	--

 horas por semana
85. Como se desloca para o emprego e quanto tempo demora? (considere o tempo total de ida e volta)

- a pé

--	--	--

 min dia semana*
- carro ou transportes públicos

--	--	--

 min dia semana*
- outro (especifique)

--	--	--

 min dia semana* (*selecione o que interessa)

86. Que situação descreve melhor as suas actividades na sua profissão principal?

- está sentado(a) a maior parte do tempo
- está de pé e anda, mas sem outra actividade física
- está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objectos
- tem actividade física pesada

No trabalho doméstico:

87. Costuma fazer trabalhos domésticos? Não Sim

Se sim, de que tipo e quanto tempo demora?

- cozinhar, lavar a louça, passar a ferro

--	--	--

,

--

 min dia semana* (*selecione o que interessa)
- limpar a casa, fazer compras, tratar dos filhos, jardinagem

--	--	--

,

--

 min dia semana*
- polir o chão, bricolage, agricultura

--	--	--

,

--

 min dia semana*
- outro (especifique)

--	--	--

,

--

 min dia semana*

Nos tempos livres:

88. Qual destas situações descreve melhor as suas actividades, nos tempos livres?

- Passo a maior parte do tempo sentado
- Passo a maior parte do tempo de pé e/ou a andar (sem correr)
- Passo a maior parte do tempo muito activo



89. Costuma praticar algum desporto ou exercício físico? Não Sim

89.1 Se sim,

Qual o exercício	Quanto tempo por semana	Há quanto tempo	Em que local pratica	Razão para praticar neste local*
	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>		

horas minutos meses

*Razão para praticar neste local:

- 1 - pela proximidade casa;
- 2 - pela proximidade trabalho/escola;
- 3 - pela qualidade das instalações;
- 4 - pelo grupo;
- 5 - pela segurança;
- 6 - pela acessibilidade;
- Outra (descrever no quadro).

90. Na sua área de residência tem conhecimento da oferta de algum local para a prática de desporto ou actividade física, de forma gratuita? Não Sim

91. Durante os dias de semana, quanto tempo passa por dia a ler ou a estudar?

<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
horas		minutos

92. Durante todo o fim de semana, quanto tempo passa a ler ou a estudar?

<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
horas		minutos

93. Durante os dias de semana, quanto tempo passa por dia a ver TV (incluindo vídeos e DVDs)?

<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
horas		minutos

94. Durante todo o fim de semana, quanto tempo passa a ver TV (incluindo vídeos e DVDs)?

<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
horas		minutos

95. Durante os dias de semana, quanto tempo passa por dia no computador ou consola ou na internet?

<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
horas		minutos

95. Durante todo o fim de semana, quanto tempo passa no computador ou consola ou na internet?

<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
horas		minutos

96. Sem considerar as viagens por trabalho, alguma vez viajou para fora de Portugal? Não Sim

Se sim,

96.1. Com que idade isso aconteceu pela primeira vez? anos

96.2. Para que países viajou?

--

97. Teve que viajar para fora de Portugal por motivos de trabalho? Não Sim

Se sim,

97.1. Para que países viajou?

--



G. HÁBITOS TABÁGICOS

98. Fuma ou alguma vez fumou? Não (passar para a questão 105) Sim

Se sim,

98.1. Com que idade experimentou? anos

98.2. Actualmente:

- fuma pelo menos 1 vez/dia é ex-fumador (deixou de fumar há pelo menos 6 meses)
 fuma menos de 1 vez/dia apenas experimentou (passar para a questão 105)

98.3. Iniciou o consumo aos anos

98.4. Se é ex-fumador, parou aos anos

Indique qual o seu consumo actual (ou o consumo habitual quando fumava, se deixou de fumar) de:

98.5. Tabaco de enrolar dia semana*

98.6. Cigarros dia semana*

98.7. Outro dia semana* (*selecione o que interessa)

Qual?

Aplicar aos fumadores regulares (pelo menos 1 vez por dia)

99. Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?

- até 5 minutos 6 - 30 minutos 31 - 60 minutos > 60 minutos depois

100. Acha difícil abster-se de fumar em locais onde é proibido? Não Sim

101. De que cigarro lhe seria mais difícil abdicar? o primeiro da manhã qualquer outro

102. Quantos cigarros fuma por dia? 10 ou menos 11 - 20 21 - 30 31 ou mais

103. Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar que durante o resto do dia?

- Não Sim

104. Fuma mesmo quando está tão doente que tem de ficar na cama a maior parte do dia?

- Não Sim

H. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

105. Bebe ou alguma vez bebeu bebidas alcoólicas? Não (passar para a questão 106) Sim

Se sim,

105.1. Actualmente:

- bebe diariamente
 não bebe diariamente mas pelo menos 1 vez/sem
 bebe menos de 1 vez/sem
 é ex-bebedor

105.2. Que idade tinha quando experimentou bebidas alcoólicas pela primeira vez? anos



105.3. Alguma vez bebeu bebidas alcoólicas até ficar embriagado? Não Sim

Se sim,

105.3.1. Que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? anos

105.3.2. Nos últimos 12 meses, quantas vezes se embriagou?

105.4. Nos últimos 6 meses, quantas vezes bebeu 5 (se homem) / 4 (se mulher) ou mais bebidas numa ocasião (festa, saída à noite...)?

Nenhuma 1 vez 2 vezes 3 a 5 vezes 6 a 9 vezes 10 ou mais vezes

I. ALIMENTAÇÃO

106. Durante os últimos 12 meses, modificou a sua alimentação? Não Sim Não sabe

Se sim,

106.1. Há quanto tempo? meses Não sabe

106.2. Qual(is) a(s) principal(ais) alteração(ões)?

107. Com que frequência toma o pequeno-almoço?

Todos os dias 1-3 vezes por semana Nunca
 4-6 vezes por semana Menos do que 1 vez por semana

108. Na maior parte das vezes onde toma o pequeno-almoço? Em casa Fora de casa

109. Quantas vezes por semana (incluindo o fim de semana) almoça fora de casa, incluindo cantinas?
(e take-away e refeições pré-preparadas consumidas em casa, excluir refeições em casa de familiares)

110. Quantas vezes por semana (incluindo o fim de semana) janta fora de casa?

111. Habitualmente, quantas peças de fruta come por semana?

112. Sem contabilizar a sopa, quantas vezes por semana come legumes e/ou saladas no prato?

113. Com que frequência fez dieta (mudar o modo de comer para perder peso) nos últimos 12 meses?

Nenhuma 1 a 4 vezes 5 a 10 vezes Mais de 10 vezes Estou sempre em dieta

114. Em média qual a frequência com que bebe:

	Nº de vezes		Nº copos de cada vez	
Vinho	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês <input type="radio"/> ano	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Cerveja com álcool	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês <input type="radio"/> ano	<input type="text"/> <input type="text"/>	Habitualmente, <input type="radio"/> fino/mini de que forma? <input type="radio"/> garrafa/lata
Shots ou bebidas brancas (aguardente, whisky, gin, vodka, etc)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês <input type="radio"/> ano	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Bebidas espirituosas (vinho do porto, licors, etc)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês <input type="radio"/> ano	<input type="text"/> <input type="text"/>	

Aplicar Questionário de Frequência Alimentar

INQUIRIDOR

Versão Capital Social A B

58287



J. MENSURAÇÕES OBJECTIVAS

INQUIRIDOR

115. Trouxe boletim de vacinas Não Sim 116. Trouxe livro de saúde infantil Não Sim

117. Data de nascimento - -

118. Recebeu o relatório da última avaliação? Não Sim Não sabe

Se sim,

118.1. Mostrou a algum médico? Não Sim Não sabe

118.2. O médico tomou alguma medida baseada nos resultados? Não Sim

Qual?

119. Situação especial: Não Sim

119.1. Se sim, qual?

120. Altura cm

121. Braço dominante Esquerdo Direito

122. Perímetros:

122.1 Braço cm

122.2 Cintura cm

122.3 Anca cm

123. Fez Tanita? Não Sim

123.1. Foi medida nas condições ideais? Não Sim

123.1.a Se não, porquê?

123.2 PESOTAN

123.6 FATPER

123.3 BMITAN

123.7 FATMASS

123.4 BMR /kcal

123.8 FFM

123.5 IMPEDAN

123.9 TBW

124. Fez Bioimpedância tetrapolar? Não Sim

124.1. Foi medida nas condições ideais? Não Sim

124.1.a Se não, porquê?

124.2 Resistência ohm

124.3 Reactância ohm



125. Pressão arterial

125.1 Sistólica

1ª

2ª

3ª mmHg

125.2 Diastólica

1ª

2ª

3ª mmHg

126. Fez ECG? Não Sim

126.1 Observações:

126.2 Toma suplementos ou bebidas energéticas, por exemplo, redbull? Não Sim

126.1.a Se sim, quando foi a última vez que tomou? minutos horas dias

126.3 Hoje já bebeu café (incluir meia de leite, pingo...)? Não Sim

126.3.a Se sim, quando foi a última vez que tomou? minutos horas dias

126.4 Se é fumador, quando fumou o último cigarro?

minutos horas dias

127. Densitometria Óssea PIXI Não Sim

127.1 Observações:

127.2. Antebraço esquerdo DMO g/cm²

127.3. Percentagem de jovem adulto %

127.4. Valor T do jovem adulto

Não se esqueça de colocar o sinal (-)

128. Ultrassonografia Óssea Não Sim

128.1 Observações:

1ª medição:

128.2 T-Score

(Não se esqueça de colocar o sinal (-), nos valores negativos)

128.3 QUI

128.4 BMD estimado

g/cm²

128.5 BUA

dB/MHz

128.6 SOS

m/s

2ª medição:

128.7 T-Score

128.8 QUI

128.9 BMD estimado

g/cm²

128.10 BUA

dB/MHz

128.11 SOS

m/s

129. Espirometria Não Sim

129.1 Observações:

129.2. Colaboração Má Boa

129.3 FVC

129.4 FEV1

129.5 FEV1%

129.6 PEF

129.7 FEF2575

129.8 FEF25

129.9 FEF50

129.10 FEF75

129.11 FET

129.12 VEXT



ID

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

--	--

Disse-nos que vivia em casa dos seus pais. Pode dizer-nos porquê? Escolha apenas **uma** das modalidades de resposta que mais se aproxima da sua opinião

- Ainda estou a estudar e não tenho meios para me sustentar sozinho/a e estou bem assim
- Ainda estou a estudar, não tenho meios para me sustentar sozinho/a mas logo que possa saio
- Já trabalho mas não ganho o suficiente para me sustentar sozinho/a
- Já trabalho mas não ganho o suficiente para sustentar casa por mim própria/o mas logo que possa saio
- Outra, qual?



ID

C. HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

49. Com que idade teve a primeira menstruação?

50. Qual a data da última menstruação? - - (dd-mm-aaaa)

51. Quantas vezes esteve grávida, incluindo gravidezes que não resultaram em nascimentos?
(Se zero, passar para a pergunta 55)

52. Quantos filhos vivos teve?

53. Algum destes filhos nasceu de gravidez gemelar? Não Sim

54. Teve algum abortamento? Não Sim Não responde

Se sim,

54.1. Quantos abortamentos espontâneos?

54.2. Quantos abortamentos provocados?

55. Usa ou alguma vez usou contraceptivos hormonais? Não Sim

(Considerar todos os contraceptivos, mesmo quando usados com outro objectivo)

55.1 Se sim, qual(quais) e com que idade iniciou e terminou a utilização? (se ainda utiliza registar a idade actual)

Tipo de contraceptivo			Nome comercial (último)	Idade de início	Idade de fim	Uso contínuo (excluindo gravidez)	
Oral (pílula)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Anel vaginal	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Sistema transdérmico (adesivo)	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Implante	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim
Outros	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim

56. Alguma vez tomou a pílula do dia seguinte? Não Sim

56.1 Se sim, quantas vezes tomou?

57. Alguma vez fez o teste de rastreio de cancro do colo do útero (Papanicolaou)? Não Sim

Se sim,

57.1. Com que idade fez o primeiro? anos

57.2. Com que regularidade costuma fazê-lo?
 mais do que 1 vez por ano de 2 em 2 anos outra periodicidade anos

1 vez por ano de 3 em 3 anos sem periodicidade específica/espóradicamente

58. Fez a vacina contra o HPV (Vírus do Papiloma Humano)? Não Sim

Se sim,

58.1. Quantas doses fez? 58.2. Com que idade tomou a 1ª dose?

58.3. Foi administrada no âmbito do Programa Nacional de Vacinação? Não Sim



ID

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

--	--

59. Pescoço?

59.1 Com que intensidade sentiu este problema nos últimos 12 meses?

Sem dor/problema Dor/problema máxima

--	--	--

60. Ombros?

60.2 Com que intensidade sentiu este problema nos últimos 12 meses?

Sem dor/problema Dor/problema máxima

--	--	--

61. Cotovelo?

61.2 Com que intensidade sentiu este problema nos últimos 12 meses?

Sem dor/problema Dor/problema máxima

--	--	--

62. Punho/mãos?

62.2 Com que intensidade sentiu este problema nos últimos 12 meses?

Sem dor/problema Dor/problema máxima

--	--	--

63. Região torácica
(dorsal, meio das
costas)?

63.1 Com que intensidade sentiu este problema nos últimos 12 meses?

Sem dor/problema Dor/problema máxima

--	--	--

64. Região lombar
(cruzes, fundo das
costas)?

64.1 Com que intensidade sentiu este problema nos últimos 12 meses?

Sem dor/problema Dor/problema máxima

--	--	--

65. Ancas/Coxas?

65.1 Com que intensidade sentiu este problema nos últimos 12 meses?

Sem dor/problema Dor/problema máxima

--	--	--

66. Joelhos?

66.1 Com que intensidade sentiu este problema nos últimos 12 meses?

Sem dor/problema Dor/problema máxima

--	--	--

67. Tornozelo/pés?

67.1 Com que intensidade sentiu este problema nos últimos 12 meses?

Sem dor/problema Dor/problema máxima

--	--	--

ACR 2010Usando a escala que se segue, indique a gravidade com que sentiu cada item na última semana.

0: Sem problemas

1: Problemas discretos ou leves; geralmente leves ou intermitentes

2: Moderados; geralmente um nível moderado e/ou presente muitas vezes

3: Graves; generalizados, sempre presentes





Unidade de Epidemiologia Nutricional
Serviço de Higiene e Epidemiologia
Faculdade de Medicina do Porto

INSTRUÇÕES (PARA ENTREVISTADOR)

- As questões devem ser "neutras", isto é, não devem influenciar de qualquer forma o tipo de respostas

- O questionário pretende identificar o consumo de alimentos do ano anterior. Assim para cada alimento, deve assinalar, preenchendo o respectivo círculo, quantas vezes, em média, por dia, semana ou mês o inquirido consumiu cada um dos alimentos referidos nesta lista, **ao longo do último ano**. Não se esqueça de assinalar no círculo respectivo os alimentos que o inquirido nunca come, ou come menos de 1 vez por mês.

Preencha	assim	<input checked="" type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	assim não	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- Na coluna correspondente à quantidade assinale se a porção que habitualmente o inquirido come é igual, maior ou menor do que a referida como porção média.

- Para os alimentos que só são consumidos, em determinadas épocas do ano (por ex: cerejas, diospiros, etc.), assinale as vezes em que o inquirido consumiu o alimento nessa época, e coloque uma cruz (x) na última coluna (Sazonal).

Preencha	assim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	assim não	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Não se esqueça de ter em conta as vezes que o alimento é consumido sozinho e aquelas em que é adicionado a outros alimentos ou pratos (ex: café com leite, os ovos das omeletas, etc).

- No grupo III - **Óleos e Gorduras** - pergunte apenas os que são **adicionados** em saladas, no prato, no pão, etc, e **não** aos utilizados para cozinhar

- No grupo VI - **Hortaliças e Legumes** - pergunte pensando nos que são consumidos no prato (cozidos ou em saladas) e **não** nos que entram na confecção da sopa.

- No item nº 86, anote a frequência com que o inquirido come sopa de legumes. No caso da sopa consumida ser caldo verde, canja ou sopa instantânea, com uma frequência de **pelo menos 1 vez por semana**, deve assinalar este consumo separadamente no quadro existente para outros alimentos, tendo o cuidado em o subtrair à frequência que foi referida anteriormente para a sopa de legumes.

- Se houver algum alimento não mencionado na lista de alimentos e que consuma pelo menos 1 vez por semana, assinale, no quadro que existe para **outros alimentos**, a respectiva frequência e indique ainda a porção média de consumo. **Por ex: frutos tropicais, sumos de fruta natural, bebidas espirituosas, café de mistura, alheiras, farinheiras, frutos secos (figo, ameixa, damasco), produtos dietéticos, rebuçados, etc.**



Por favor, **antes de iniciar o questionário leia as instruções da página anterior.**

Pense durante o último ano quantas vezes por dia, semana ou mês, em média, consumiu cada um dos alimentos referidos. Na coluna referente à quantidade deverá assinalar se sua porção é igual, menor ou maior do que a referida como porção média. Para os alimentos consumidos só em determinadas épocas do ano, anote a frequência com que o alimento é consumido nessa época e assinale com uma cruz (x) na última coluna (Sazonal).

I. P. LÁCTEOS	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
1. Leite gordo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 chávena = 250 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leite meio-gordo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 chávena = 250 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leite magro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 chávena = 250 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
4. Iogurte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Um =125g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
5. Queijo (de qualquer tipo incluindo queijo fresco e requeijão)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 fatia = 30g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sobremesas lácteas: pudim, aletria e leite creme, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Um ou 1 prato sobremesa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gelados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Um ou 2 bolas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
II. OVOS, CARNES E PEIXES	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
8. Ovos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
9. Frango	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 porção ou 2 peças=150g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
10. Peru, coelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 porção ou 2 peças=150g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
11. Carne vaca, porco, cabrito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 porção =120g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fígado de vaca, porco, frango	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 porção = 120g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
13. Língua, mão de vaca, tripas, chispe, coração, rim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 porção =100g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fiambre, chouriço, salpicão, presunto, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 fatias ou 3 rodela =20g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
15. Salsichas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 médias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
16. Toucinho, bacon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 fatias=50g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
17. Peixe gordo: sardinha, cavala, carapau, salmão,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 porção =125g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
18. Peixe magro: pescada, faneca, dourada, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 porção =125g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bacalhau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 porção =125g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
20. Peixe conserva: atum, sardinhas, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 lata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
21. Lulas, polvo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 porção =100g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22. Camarão, amêijoas, mexilhão, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 prato sobremesa =100g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
III. Óleos e Gorduras	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
23. Azeite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 colher sopa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
24. Óleos: girassol, milho, soja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 colher sopa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
25. Margarina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 colher chá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
26. Manteiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 colher chá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

IV. PÃO, CEREAIS E SIMILARES	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
27. Pão branco ou tostas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Um ou 2 tostas = 40g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
28. Pão (ou tostas), integral, centeio, mistura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Um ou 2 tostas = 50g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
29. Broa, broa de avintes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 fatia = 80g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
30. Flocos cereais (muesli, corn-flakes, chocapic, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 chávena = 40g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
31. Arroz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ prato = 100g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
32. Massas: esparguete, macarrão, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ prato = 100g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
33. Batatas fritas caseiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ prato = 100g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
34. Batatas fritas de pacote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 pacote pequeno = 30g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
35. Batatas cozidas, assadas, estufadas e puré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 batatas médias = 160g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
V. DOCES E PASTÉIS	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
36. Bolachas tipo maria, água e sal ou integrais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 bolachas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
37. Outras bolachas ou biscoitos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 bolachas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
38. Croissant, pasteis, bolicao, doughnut ou bolos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Um; 1 fatia = 80g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
39. Chocolate (tablete ou em pó)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 quadrados; 1 colher sopa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
40. Snacks de chocolate (Mars, Twix, Kit Kat, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Um	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
41. Marmelada, compota, geleia, mel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 colher sobremesa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
42. Açúcar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 colher sobremesa; 1 pacote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
VI. HORTALIÇAS E LEGUMES	Frequência alimentar									Quantidade				Sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
43. Couve branca, couve lombarda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena = 75g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
44. Penca, Tronchuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena = 65g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
45. Couve galega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena = 65g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
46. Brócolos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena = 85g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
47. Couve-flor, Couve-bruxelas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena = 65g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
48. Grelhos, Nabiças, Espinafres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena = 72g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
49. Feijão verde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena = 65g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
50. Alface, Agrião	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena = 15g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
51. Cebola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ média = 40g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
52. Cenoura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 média = 80g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
53. Nabo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 médio = 78g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
54. Tomate fresco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ médio = 63g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
55. Pimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ médio = 68g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
56. Pepino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¼ médio = 50g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
57. Leguminosas: feijão, grão de bico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ervilha grão, Fava	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>



VII. FRUTOS	Frequência alimentar									Quantidade				sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
59. Maça, pêra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	uma média	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
60. Laranja, Tangerinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 média; 2 médias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
61. Banana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	uma média	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
62. Kiwi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	um médio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
63. Morangos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
64. Cerejas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
65. Pêssego, Ameixa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 médio; 3 médios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
66. Melão, Melancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 fatia média = 150g	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
67. Diospiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 médio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
68. Figo fresco, Nêspersas, Damascos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 médios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
69. Uvas frescas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 cacho médio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
70. Frutos conserva pêssego, ananás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2 metades ou rodela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
71. Amêndoas, avelãs, nozes, amendoins, pistachio, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	½ chávena (descascado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
72. Azeitonas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6 unidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. BEBIDAS E MISCELANEAS	Frequência alimentar									Quantidade				sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média	A sua porção é:			
											Menor	Igual	Maior	
73. Vinho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 copo=125ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
74. Cerveja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 garrafa ou 1 lata=330 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
75. Bebidas brancas: whisky, aguardente, brandy, etc	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 cálice = 40 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
76. Coca-cola, pepsi-cola ou outras colas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 garrafa ou 1 lata=330 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
77. Ice-tea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 garrafa ou 1 lata=330 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
78. Outros refrigerantes, sumos de fruta ou néctares embalados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 garrafa ou 1 copo = 250 ml	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
79. Café (incluindo pingo, meia de leite e outras bebidas com café)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 chávena café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
80. Chá preto e verde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
81. Croquetes, rissóis, bolinhos de bacalhau, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3 unidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
82. Maionese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 colher sobremesa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
83. Molho de tomate, ketchup	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 colher sopa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
84. Pizza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meia pizza-normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
85. Hambúrguer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Um médio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
86. Sopa de legumes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 prato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

Existe algum alimento ou bebida que eu não tenha mencionado e que tenha consumido pelo menos 1 vez por semana mesmo em pequenas quantidades, ou numa época em particular. Por ex: **frutos tropicais, sumos de fruta natural, bebidas espirituosas, café de mistura, alheiras, farinheiras, frutos secos (figo, ameixa, damasco), produtos dietéticos, rebuçados, etc.**

Outros Alimentos	Frequência alimentar									Quantidade				sazonal
	Nunca ou <1 mês	1-3 por mês	1 por sem	2-4 por sem	5-6 por sem	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia	Porção Média				
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONÁRIO EPITeen

21 ANOS

AUTO-APLICADO

ID

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

--	--

Agradecemos a sua disponibilidade no preenchimento deste questionário. Tal como nos restantes, os seus dados são confidenciais. As suas informações são muito importantes, pelo que lhe pedimos que nos responda com sinceridade.

Por favor, assinale as suas respostas de forma clara (mesmo que seja "Não" ou "Não sabe") e utilize sempre letra de imprensa, tal como abaixo exemplificado.

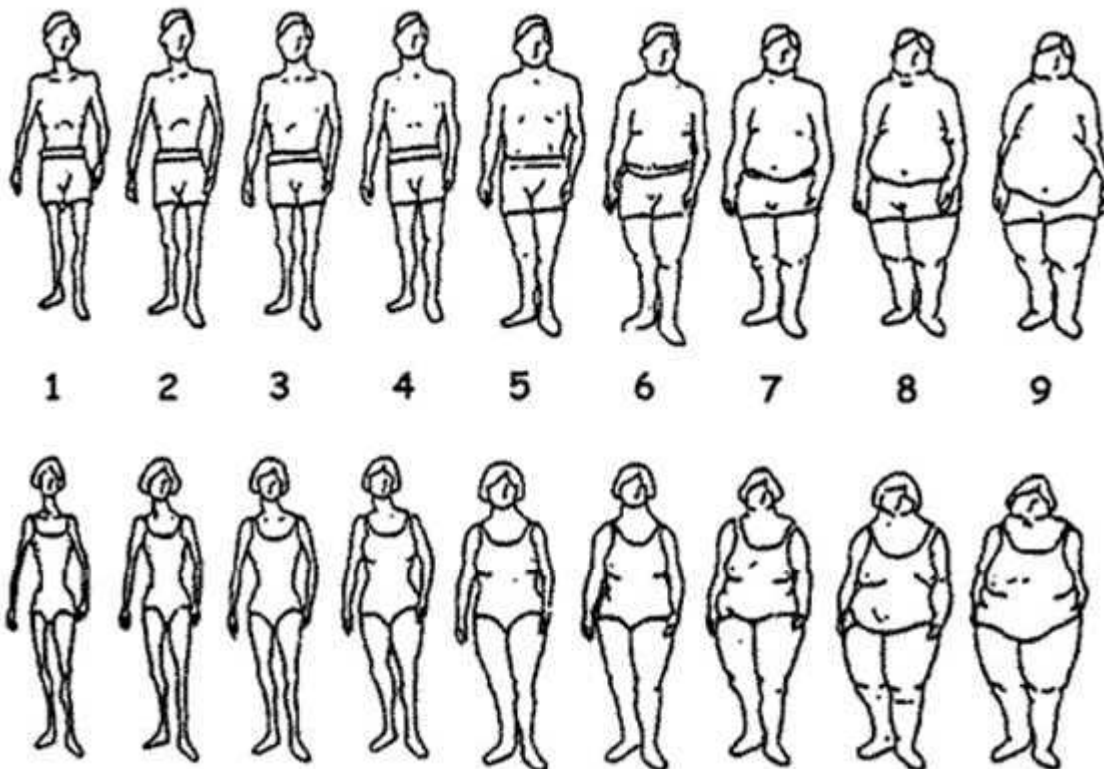
Este questionário vai ser submetido a leitura óptica. Por favor use tinta preta ou azul evitando tocar nos cantos das caixas.	<table border="1" style="margin: 0 auto;"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td></tr></table> <table border="1" style="margin: 0 auto;"><tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td>F</td><td>G</td><td>H</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	A	B	C	D	E	F	G	H	<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Preencha</td> <td style="padding: 2px;">assim <input checked="" type="radio"/></td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">assim não <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Preencha	assim <input checked="" type="radio"/>			assim não <input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0																
A	B	C	D	E	F	G	H																		
Preencha	assim <input checked="" type="radio"/>																								
	assim não <input type="checkbox"/>																								

1. Das figuras apresentadas, escolha aquela com que mais se identifica.

--	--

2. Das figuras apresentadas, com qual gostaria de se parecer?

--	--



Relativamente às seguintes vacinas, por favor indique se foi ou não vacinado, independentemente da idade em que tal ocorreu. Pedimos-lhe que responda sem consultar o seu Boletim de Vacinas.

3. BCG (Tuberculose) Não Sim Não sabe (*selecione o que interessa)
- 3.1. Se sim, com que idade lhe foi administrada pela última vez? meses* Não sabe/não se lembra
 anos*
4. VHB (Hepatite B) Não Sim Não sabe
- 4.1. Se sim, com que idade lhe foi administrada pela última vez? meses* Não sabe/não se lembra
 anos*
5. VIP (Poliomielite) Não Sim Não sabe
- 5.1. Se sim, com que idade lhe foi administrada pela última vez? meses* Não sabe/não se lembra
 anos*
6. DTPa (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Não Sim Não sabe
- 6.1. Se sim, com que idade lhe foi administrada pela última vez? meses* Não sabe/não se lembra
 anos*
7. VASPR (Sarampo, Parotidite, Rubéola) Não Sim Não sabe
- 7.1. Se sim, com que idade lhe foi administrada pela última vez? meses* Não sabe/não se lembra
 anos*
8. Hib (doenças causadas por *Haemophilus influenza* tipo b) Não Sim Não sabe
- 8.1. Se sim, com que idade lhe foi administrada pela última vez? meses* Não sabe/não se lembra
 anos*
9. MenC (meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo) Não Sim Não sabe
- 9.1. Se sim, com que idade lhe foi administrada pela última vez? meses* Não sabe/não se lembra
 anos*
10. Gripe Sazonal Não Sim Não sabe
- 10.1. Se sim, com que idade lhe foi administrada pela última vez? meses* Não sabe/não se lembra
 anos*
11. Tétano Não Sim Não sabe
- 11.1. Se sim, com que idade lhe foi administrada pela última vez? meses* Não sabe/não se lembra
 anos*
12. Vacina-se:
- 12.1. Porque é obrigatório Não Sim
- 12.2. Para se proteger contra a doença Não Sim
- 12.3. Para proteger os que o rodeiam contra a doença Não Sim
- 12.4. Para poder frequentar estabelecimentos de ensino/ local de trabalho Não Sim
- 12.5. Porque o seu médico recomendou Não Sim
- 12.6. Porque o seu farmacêutico recomendou Não Sim
13. Já fez alguma vacina para viajar para outro país? Não Sim Não sabe
- 13.1. Se sim, qual(ais)?
14. Vacinou os seus filhos (ou pretende vaciná-los se tiver filhos)? Não Sim Não sabe
- 14.1. Qual a principal razão que o leva a tomar esta opção?

Nas perguntas que se seguem vamos pedir-lhe informações sobre comportamentos e situações que possam ter ocorrido em algum momento da sua vida.

15. Independentemente do motivo, alguma vez na sua vida:

- 15.1. Ficou suspenso da escola Não Sim
15.2. Foi detido Não Sim
15.3. Atacou alguém com a ideia de magoar seriamente Não Sim
15.4. Pertenceu a um gang Não Sim
15.5. Cometeu algum crime Não Sim

Pedimos-lhe agora que responda a algumas questões sobre situações enquanto condutor ou passageiro de um veículo motorizado

16. Conduz ou conduziu algum veículo a motor? Não (seguir para a questão 22) Sim

17. Já alguma vez teve algum acidente quando ia a conduzir? Não (seguir para a questão 18) Sim

17.1. Se sim, quantos?

17.2. Assinale a(s) razão(ões):

- Ia com excesso de velocidade
 Tinha bebido bebidas alcoólicas
 Não parou num stop ou sinal vermelho
 Outra

18. Nos últimos 12 meses, alguma vez conduziu ensonado? Não Sim

19. Nos últimos 12 meses, alguma vez atendeu o telemóvel (com ou sem kit de mãos livres) enquanto conduzia, quaisquer que fossem as circunstâncias de condução? Não Sim

20. Nos últimos 12 meses, alguma vez escreveu mensagens de texto no telemóvel enquanto conduzia, quaisquer que fossem as circunstâncias de condução? Não Sim

21. Nos últimos 30 dias, quantas vezes conduziu após ingerir bebidas alcoólicas?

- Nunca 1 vez 2 ou 3 vezes 4 ou 5 vezes 6 ou mais vezes

22. Já alguma vez teve algum acidente de viação enquanto passageiro? Não (seguir para a questão 23) Sim

22.1. Se sim, quantos?

22.2. Assinale a(s) razão(ões):

- O condutor ia com excesso de velocidade
 O condutor tinha bebido bebidas alcoólicas
 O condutor não parou num stop ou sinal vermelho
 Outra



23. Nos últimos 30 dias, quantas vezes viajou num carro, ou noutra veículo, conduzido por alguém que tinha ingerido bebidas alcoólicas?

- Nunca 1 vez 2 ou 3 vezes 4 ou 5 vezes 6 ou mais vezes

24. Com que frequência usa o cinto de segurança quando viaja nos lugares da frente de um automóvel?

- Nunca Raramente Às vezes A maioria das vezes Sempre

25. Com que frequência usa o cinto de segurança quando viaja nos lugares de trás de um automóvel?

- Nunca Raramente Às vezes A maioria das vezes Sempre

26. Com que frequência utiliza o motociclo como meio de transporte (enquanto condutor ou passageiro)?

- Nunca (seguir para a questão 27) Raramente Algumas vezes Frequentemente

26.1 Com que frequência usa capacete?

- Nunca Raramente Às vezes A maioria das vezes Sempre

O conjunto de questões que se segue reporta-se ao consumo/experimentação de algumas substâncias.

Relativamente a haxixe ou marijuana ("canábis", "chamon", "charro", "chocolate", "erva", "ganza", "hax", "hash", "liamba")

27. Alguma vez consumiu haxixe ou marijuana? Não (seguir para a questão 32) Sim

28. Com que idade consumiu haxixe ou marijuana pela primeira vez?

29. Durante os últimos 12 meses consumiu haxixe ou marijuana? Não (seguir para a questão 32) Sim

30. Durante os últimos 30 dias consumiu haxixe ou marijuana? Não (seguir para a questão 32) Sim

31. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias consumiu haxixe ou marijuana?

Re lativamente a ecstasy ("pastilhas", "droga de recreio", "droga de desenho")

32. Alguma vez consumiu ecstasy? Não (seguir para a questão 37) Sim

33. Com que idade consumiu ecstasy pela primeira vez?

34. Durante os últimos 12 meses consumiu ecstasy? Não (seguir para a questão 37) Sim

35. Durante os últimos 30 dias consumiu ecstasy? Não (seguir para a questão 37) Sim

36. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias consumiu ecstasy?



Relativamente a anfetaminas ("speeds", "cristais" ou "anfes")

37. Alguma vez consumiu anfetaminas? Não (seguir para a questão 42) Sim

38. Com que idade consumiu anfetaminas pela primeira vez?

39. Durante os últimos 12 meses consumiu anfetaminas? Não (seguir para a questão 42) Sim

40. Durante os últimos 30 dias consumiu anfetaminas? Não (seguir para a questão 42) Sim

41. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias consumiu anfetaminas?

Relativamente a cocaína ("branca", "branquinha", "base", "coca", "gulosa", "neve", "snow")

42. Alguma vez consumiu cocaína? Não (seguir para a questão 47) Sim

43. Com que idade consumiu cocaína pela primeira vez?

44. Durante os últimos 12 meses consumiu cocaína? Não (seguir para a questão 47) Sim

45. Durante os últimos 30 dias consumiu cocaína? Não (seguir para a questão 47) Sim

46. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias consumiu cocaína?

Relativamente a heroína ("cavalo", "cavalete", "chnouk", "h", "heroa", "castanha", "pó", "poeira")

47. Alguma vez consumiu heroína? Não (seguir para a questão 52) Sim

48. Com que idade consumiu heroína pela primeira vez?

49. Durante os últimos 12 meses consumiu heroína? Não (seguir para a questão 52) Sim

50. Durante os últimos 30 dias consumiu heroína? Não (seguir para a questão 52) Sim

51. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias consumiu heroína?

Relativamente a LSD ("ácidos", "pills", "trips")

52. Alguma vez consumiu LSD? Não (seguir para a questão 57) Sim

53. Com que idade consumiu LSD pela primeira vez?

54. Durante os últimos 12 meses consumiu LSD? Não (seguir para a questão 57) Sim

55. Durante os últimos 30 dias consumiu LSD? Não (seguir para a questão 57) Sim

56. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias consumiu LSD?

As questões que se seguem abordam comportamentos e atitudes sobre sexualidade.

57. Alguma vez teve relações sexuais? Não (seguir para a questão 67) Sim

58. Que idade tinha quando teve relações sexuais pela primeira vez? anos

59. Na sua vida, com quantas pessoas teve relações sexuais?

60. Teve relações sexuais:

Com pessoas de ambos os sexos Só com pessoas do mesmo sexo Só com pessoas de outro sexo

61. Alguma vez teve relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas ou drogas? Não Sim

62. Com que frequência o sr(a) ou o seu parceiro(a) usa preservativo?

Nunca Algumas vezes Quase Sempre Sempre Raramente

63. A última vez que teve relações sexuais, o sr(a) ou o seu parceiro(a) usaram algum método(s) para prevenir uma gravidez? Não Sim

63.1. Se sim, qual(ais)?

Preservativo

Pílula

Coito interrompido

Contraceção de emergência

Outro Qual?

64. Na última vez que teve relações sexuais, o sr(a) ou o seu parceiro(a) usaram algum método para prevenir uma doença sexualmente transmissível? Não Sim

64.1. Se sim, qual(ais)?

Preservativo

Pílula

Coito interrompido

Contraceção de emergência

Outro Qual?

65. Consumiu drogas ou bebidas alcoólicas antes da última relação sexual que teve? Não Sim

66. Na sua última relação sexual, o sr(a) ou o seu parceiro(a) usou preservativo? Não Sim

67. Indique se na sua opinião cada uma das seguintes situações corresponde a uma relação sexual.

67.1. Penetração vaginal Não Sim

67.2. Penetração anal Não Sim

67.3. Masturbação mútua Não Sim

67.4. Sexo oral Não Sim

67.5. Contacto sem envolver a área genital Não Sim

67.6. Contacto envolvendo a área genital Não Sim

ID

1. Tem filho/as? Não Sim

1.1. Se sim,

a) Tem quantos filho/as?

b) Quanto à divisão do trabalho profissional, do trabalho doméstico e dos cuidados com os filhos escolha, por favor, de entre as situações que abaixo se descrevem aquela que mais se aproxima da sua:

- Na minha família tanto eu como o meu cônjuge trabalhamos profissionalmente, cuidamos ambos dos filhos e partilhamos as tarefas domésticas
- Na minha família o meu cônjuge, embora também trabalhe, ocupa mais tempo com a actividade doméstica e com os cuidados com os filhos/as, e eu ocupo mais horas no trabalho profissional
- Na minha família o meu cônjuge ocupa mais tempo com a actividade profissional e, eu embora também trabalhe, ocupo-me mais dos cuidados com os filhos e com o essencial das tarefas domésticas
- Na minha família é só o meu cônjuge que exerce a actividade profissional e eu ocupo-me mais da casa e dos filhos
- Outra. Qual?

c) Deseja ter mais? Não Sim Não sabe Se sim quantos?

1.2. Se não,

a) Deseja ter filha/os? Não Sim Não sabe

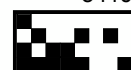
a.1) Se sim, desejaria ter quantos?

a.2.) Se não deseja ter filhos responda, por favor, escolhendo de entre uma das frases seguintes a que mais se aproxima da sua opinião:

- Não penso para já nesse assunto mas admito vir a desejar ter filhos no futuro
- Ter filhos pode ser bom mas complica a vida a dois
- Ter filhos não é para mim
- Não sabe
- Não responde

2. E diga-nos, por favor, escolhendo de entre uma das frases seguintes a que mais se aproxima da sua situação:

- Tenho condições para vir cumprir esse desejo
- Não tenho agora condições mas espero vir a ter no futuro
- Tenho condições para ter pelo menos um
- Não sabe
- Não responde



ID

No local de trabalho

	Todos os dias	Todas as semanas	De vez em quando	Nunca
Sou excluído de actividades que gostaria de realizar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costumo ser humilhado ou ridicularizado relativamente ao meu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou ou foi alvo de comportamentos ofensivos ou agressivos por parte dos colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou alvo de criticas destrutivas por parte das chefias relativamente ao meu desempenho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me com frequência um falhado perante a forma como sou tratado pelas chefias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

No ambiente familiar ou entre pares

	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre ou quase sempre
Sinto-me marginalizado quando saio com o grupo de amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou alvo de chantagem sempre que não alinhoo nas decisões do grupo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assisto e participo em discussões na minha casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que a minha família me trata com hostilidade / agressividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou alvo de agressões por parte de um membro da minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os meus vizinhos ameaçam-me	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por mais que me esforce a minha família nunca esta satisfeita comigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



ID

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

--	--

Dimensão escola e experiência de escolarização

Como se via (ou como se vê) a si mesmo como aluno?

- Fui (sou) um aluno de nível muito bom
- Fui (sou) um aluno de nível bom
- Fui (sou) um aluno de nível suficiente
- Fui (sou) um aluno mais para o nível fraco

Ao longo do seu percurso de estudante como se sentiu na escola a maior parte do tempo:

- Muito bem
- Bem
- Nem bem nem mal
- Mal

Caso tenha filhos (ou venha a ter) acha que a escola para eles vai ser:

- essencial para o seu futuro
- útil para o seu futuro
- pouco útil para o seu futuro

Ao longo do seu percurso escolar considera que os seus pais (ou encarregados de educação):

- Preocuparam-se bastante com a minha vida escolar
- Preocuparam-se alguma coisa com a minha vida escolar
- Pouco ou nada se preocuparam com a minha vida escolar



Com que frequência acede à Internet?

- Todos os dias
- 3 ou 4 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- Pelo menos, uma vez por mês
- Raramente
- Não utilizo
- Não utilizo, mas já utilizei
- Não responde
- Não sabe

Quanto tempo passa diariamente na Internet?

- Nunca ou quase nunca
- Menos de 1 hora
- 1-2 horas
- 3-4 horas
- + de 5 horas

Indique as 3 actividades nas quais gasta mais tempo quando utiliza a internet

- Envio/leio emails
- Utilizo Messenger (MSN) ou Chat Rooms
- Utilizo facebook, Hi5, twitter ou semelhante
- Leio blogs
- Escrevo blogs/sites
- Consulto sites
- Vejo vídeos/ouço música (youtube, etc.)
- Jogo
- Faço downloads de música, filmes ou outros
- Outro

Virar página s.f.f. ---->



Para cada um dos seguintes sites de redes sociais indique se tem ou não perfil

hi5 Não Sim Não responde

facebook Não Sim Não responde

twitter Não Sim Não responde

myspace Não Sim Não responde

Outro Não Sim Não responde

Qual?

Qual é o site de redes sociais que mais utiliza?

Com que frequência acede ao site de redes sociais que mais utiliza?

- Todos os dias, mais que uma vez por dia
- Todos os dias, uma vez por dia
- 5 a 6 vezes por semana
- 3 ou 4 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- Pelo menos, uma vez por mês, mas menos que uma vez por semana
- Raramente

Indique se utiliza esse site de rede social relativamente a cada uma das seguintes situações

- Para comunicar com família
- Para comunicar com amigos
- Para comunicar com colegas de trabalho/escola
- Para ver informação sobre pessoas
- Para partilhar ideias, notícias ou outros assuntos
- Para jogar
- Para seduzir/flirtar
- Para conhecer novas pessoas
- Procurar oportunidades de trabalho
- Procurar promoções para fazer compras

Outro



ID

PSQI

Este conjunto de questões pretende recolher informação sobre as características do seu sono.

As perguntas seguintes dizem respeito aos seus hábitos de sono apenas durante o último mês. As suas respostas devem indicar a resposta mais fiel na maioria dos dias e noites do último mês.

Por favor responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, normalmente a que horas foi para a cama?

:
horas minutos

2. Durante o último mês, normalmente quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer, à noite?

3. Durante o último mês, normalmente a que horas se levantou de manhã?

:
horas minutos

4. Durante o último mês, quantas horas efectivas de sono teve durante a noite?
(pode ser diferente do número de horas que esteve na cama)

Para as restantes perguntas, escolha a melhor resposta. Por favor responda a todas as perguntas.

5. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em dormir porque...

Não aconteceu no último mês Menos de 1 vez por semana 1 a 2 vezes por semana 3 ou mais vezes por semana

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5.1. Não conseguiu adormecer em 30 minutos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.2. Acordou a meio da noite ou de manhã cedo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.3. Teve de se levantar para ir à casa de banho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.4. Não conseguiu respirar confortavelmente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.5. Tossiu ou ressonou alto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.6. Sentiu muito frio | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.7. Sentiu muito calor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.8. Teve pesadelos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.9. Sentiu dores | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.10. Outra(s) razão(ões), por favor descreva | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Durante o último mês, como classificaria a qualidade do seu sono, em geral?

- Muito boa Razoavelmente boa Razoavelmente má Muito má



	Não aconteceu no último mês	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
--	--------------------------------	------------------------------	---------------------------	-------------------------------

7. Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos para o ajudar a dormir (com receita médica ou de venda livre)?

8. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em permanecer acordado enquanto conduzia, durante as refeições ou enquanto participava em actividades sociais?

9. Durante o último mês, até que ponto foi para si um problema manter o entusiasmo necessário para fazer as coisas que tinha a fazer?

- Não foi problema nenhum
- Foi um ligeiro problema
- Foi um problema moderado
- Foi um grande problema

ESS

10. Qual a probabilidade de se deixar dormir ou adormecer nas seguintes situações, por oposição a sentir-se simplesmente cansado?

Isto refere-se aos seus hábitos de vida recentes. Mesmo que não tenha feito alguma destas coisas recentemente, tente perceber como estas o teriam afectado.

Probabilidade de se deixar dormir ou adormecer

	nenhuma	ligeira	moderada	grande
10.1. Sentado a ler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.2. A ver televisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.3. Sentado, inactivo num local público (por ex. no cinema ou reunião)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.4. Como passageiro num carro, durante uma hora, sem paragens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.5. Deitado a descansar à tarde, quando as circunstâncias o permitem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.6. Sentado a conversar com alguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.7. Sentado tranquilamente depois de um almoço em que não consumiu álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.8. Num carro, parado no trânsito durante uns minutos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



ID

CSA

Responda, por favor, às questões seguintes utilizando a escala de 0 a 10 apresentada em cada pergunta.

1. De uma forma geral, acha que todo o cuidado é pouco quando se lida com as pessoas ou acha que se pode confiar na maioria das pessoas?

Todo o cuidado é pouco	A maioria das pessoas é de confiança
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	

Não responde Não sabe

2. Acha que a maior parte das pessoas tenta aproveitar-se de si sempre que pode, ou pensa que a maior parte das pessoas é honesta?

Tenta aproveitar-se de mim	É honesta
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	

Não responde Não sabe

3. Acha que, na maior parte das vezes, as pessoas estão preocupadas com elas próprias ou tentam ajudar os outros?

As pessoas estão preocupadas com elas próprias	As pessoas tentam ajudar os outros
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	

Não responde Não sabe

4. Qual a confiança pessoal que tem em cada uma das instituições abaixo indicadas?

	Nenhuma confiança	Toda a confiança	Não responde	Não sabe
4.1. Assembleia da República	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.2. Sistema jurídico	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.3. Polícia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.4. Políticos	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.5. Partidos políticos	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Há várias acções que se podem desenvolver para melhorar a situação de Portugal ou para evitar que piore. Durante os últimos 12 meses, tomou alguma das seguintes medidas?

5.1. Contactou um político, um representante do governo central ou um representante do poder local	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não responde <input type="radio"/> Não sabe
5.2. Trabalhou para um partido político ou movimento cívico	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não responde <input type="radio"/> Não sabe
5.3. Trabalhou numa organização ou associação de outro tipo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não responde <input type="radio"/> Não sabe
5.4. Usou um emblema auto-colante de campanha/movimento	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não responde <input type="radio"/> Não sabe
5.5. Assinou uma petição	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não responde <input type="radio"/> Não sabe
5.6. Participou numa manifestação	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não responde <input type="radio"/> Não sabe
5.7. Boicotou determinados produtos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não responde <input type="radio"/> Não sabe

6. Considerando todos os aspectos da sua vida, qual o grau de felicidade que sente? Responda, por favor, utilizando a escala de 0 a 10.

Extremamente infeliz	Extremamente feliz
<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10	

Não responde Não sabe



7. Com que frequência convive com amigos, familiares ou colegas de trabalho?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Uma vez por mês
- Várias vezes por mês
- Uma vez por semana
- Várias vezes por semana
- Todos os dias
- Não responde
- Não sabe

8. Tem alguém com quem possa conversar sobre assuntos íntimos e pessoais?

- Sim
- Não
- Não responde
- Não sabe

9. Comparando com outras pessoas da sua idade, com que regularidade é que participa em actividades sociais?

- Muito menos que a maioria
- Menos que a maioria
- O mesmo que a maioria
- Mais que a maioria
- Muito mais que a maioria
- Não responde
- Não sabe

10. Nos últimos 12 meses, com que frequência colaborou em organizações de caridade e/ou de voluntariado?

- Pelo menos uma vez por semana
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez em cada 3 meses
- Pelo menos uma vez em cada 6 meses
- Menos que uma vez em cada 6 meses
- Nunca
- Não responde
- Não sabe

11. Sem contar com o apoio à família, com o que faz no trabalho ou em organizações de voluntariado, com que frequência ajudou activamente alguém, nos últimos 12 meses?

- Pelo menos uma vez por semana
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez em cada 3 meses
- Pelo menos uma vez em cada 6 meses
- Menos que uma vez em cada 6 meses
- Nunca
- Não responde
- Não sabe



12. E, ainda nos últimos 12 meses, com que frequência colaborou ou participou em actividades organizadas na sua área de residência?

- Pelo menos uma vez por semana
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez em cada 3 meses
- Pelo menos uma vez em cada 6 meses
- Menos que uma vez em cada 6 meses
- Nunca
- Não responde
- Não sabe

13. Faz parte de alguma organização política, associação de alunos ou organização pública?

- Nunca pertenci
- Já pertenci, mas agora não pertenço
- Pertenço a pelo menos um destes grupos
- Pertenço a mais do que um destes grupos

14. Vai a locais de culto (como à igreja, à mesquita ou outro templo) ou integra actividades organizadas por uma instituição religiosa?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes

15. Pertence a algum grupo desportivo, musical, de dança, de teatro ou de escuteiros?

- Nunca pertenci
- Já pertenci, mas agora não pertenço
- Pertenço a pelo menos um destes grupos
- Pertenço a mais do que um destes grupos

16. Em geral, as pessoas que o rodeiam estão dispostas a ajudarem-se umas às outras?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Sempre ou quase sempre

17. Costuma ajudar os seus vizinhos ou outras pessoas da sua comunidade?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes

18. Costuma reagir ou intervir se vir um jovem a desrespeitar um adulto, alguém a grafitar uma parede, alguém envolvido numa briga ou discussão?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes

19. Recebe apoio económico por parte da família, amigos ou vizinhos?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes

20. Recebe apoio emocional por parte da família, amigos ou vizinhos?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes

21. Recebe apoio económico por parte de instituições públicas ou organizações de solidariedade?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes

22. Recebe apoio emocional por parte de instituições públicas ou organizações de solidariedade?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- Muitas vezes



A SUA RELAÇÃO

As seguintes questões pretendem avaliar alguns aspectos de uma relação que possa manter.

Por favor, responda às questões que se seguem considerando o seu actual companheiro, ou o último que teve. Responda a todas as questões referindo-se sempre à mesma pessoa.

1. Indique qual das afirmações seguintes se adequa melhor à sua situação actual. (Por favor assinale uma das opções)

- a) Estou actualmente numa relação que dura há pelo menos um mês
- b) Estive numa relação que durou pelo menos um mês, mas neste momento já não estou
- c) Nunca estive numa relação que durasse pelo menos um mês
- d) Nunca estive numa relação em toda a minha vida

Se assinalou a opção d), avance para a última página.

2. Como classifica a sua relação com o seu companheiro (ou como era quando estavam juntos) (Por favor assinale uma das opções)

- a) Sem compromisso
- b) Namoro
- c) Noivos
- d) Casados
- e) Moram juntos (por exemplo, união de facto)

3. Há quanto tempo está nesta relação (ou quanto tempo durou a última relação que teve)? (Por favor indique uma estimativa)

		Anos			Meses
--	--	------	--	--	-------

4. Se a relação já terminou, indique há quanto tempo. (Por favor indique uma estimativa)

		Anos			Meses
--	--	------	--	--	-------

5. Qual é (ou era) o sexo do seu companheiro? (Por favor assinale uma das opções)

- Feminino
- Masculino

6. As relações sexuais são (ou eram) uma parte da sua relação? (Por favor assinale uma das opções)

- Sim
- Não

O seguinte conjunto de questões pretende recolher informação sobre a sua actividade laboral.

1. Durante os últimos 12 meses, qual a actividade laboral que exerceu durante mais tempo?

2. Durante quanto tempo exerceu essa actividade (indique o tempo total mesmo que > 12 meses)? meses

3. Por semana trabalha/trabalhava nessa actividade:
 a tempo inteiro a tempo parcial (pelo menos 15h/sem) menos que o tempo parcial(<15h/sem)

Para as questões que se seguem, por favor, assinale a resposta que melhor corresponde a essa situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exactamente à sua situação. Nesse caso, escolha aquela que mais se aproxima da sua realidade.

		Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente	
4. O meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. O meu trabalho é muito repetitivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. O meu trabalho requer que eu seja criativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. O meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por mim próprio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. O meu trabalho exige um elevado nível de capacidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Eu tenho pouca liberdade para decidir a forma como faço o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. Eu posso fazer muitas coisas diferentes no meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. O que eu tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. Eu tenho oportunidade de desenvolver as minhas capacidades especiais no meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		Trabalho sozinho	2-5 pessoas	6-10 pessoas	10-20 pessoas	20 ou mais pessoas
13. Quantas pessoas fazem parte do seu grupo de trabalho ou unidade/sector?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		Trabalho sozinho	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
14a. Eu tenho uma influência significativa sobre as decisões no meu grupo de trabalho/unidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14b. O meu grupo de trabalho/unidade toma decisões democraticamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
			Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
15. Há pelo menos a possibilidade de que as minhas ideias sejam consideradas em relação às políticas da empresa (demissão, contratação, nível salarial, encerramento de setores, compra de novos equipamentos, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		Não	1-4 pessoas	5-10 pessoas	11-20 pessoas	20 ou mais pessoas
16. Faz parte do meu trabalho supervisionar outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



17. Eu sou membro do sindicato ou da associação de trabalhadores.

Sim
 Não

Não sou um membro Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

18. O meu sindicato ou associação de trabalhadores tem influência sobre as políticas adoptadas pela empresa.

19. Eu tenho influência sobre as políticas do sindicato ou associação de trabalhadores.

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

20. O meu trabalho requer que eu trabalhe a um ritmo muito intenso.

21. O meu trabalho requer que eu trabalhe de forma muito penosa.

22. O meu trabalho exige muito esforço físico.

23. Eu não sou solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho.

24. O tempo para a realização das minhas tarefas é suficiente ou adequado.

25. Sou frequentemente solicitado a mover ou a levantar cargas pesadas no meu trabalho.

26. O meu trabalho exige uma actividade física rápida e contínua.

27. Eu estou livre de ordens conflituosas.

28. O meu trabalho exige longos períodos de intensa concentração nas tarefas.

29. As minhas tarefas são muitas vezes interrompidas antes que eu possa concluí-las, adiando para mais tarde a sua continuidade.

30. O meu trabalho é desenvolvido de modo frenético.

31. É frequente que o meu trabalho exija a manutenção do meu corpo por longos períodos de tempo em posições fisicamente incómodas.

32. O meu trabalho exige que eu mantenha a minha cabeça ou os meus braços em posições fisicamente incómodas por longos períodos de tempo.

33. Muitas vezes, esperar pelo trabalho de outras pessoas ou departamentos/sectores torna o meu trabalho mais lento.

Regular e estável Sazonal Temporário Temporário e Sazonal Outro

34. O seu trabalho é:

Discordo fortemente Discordo Concordo Concordo fortemente

35. A minha estabilidade no trabalho é boa.



	Não	Apenas uma vez	Mais de uma vez	Constantemente	Está sem emprego
36. Durante o ano passado, esteve desempregado ou a desempenhar funções em trabalhos temporários?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Muito improvável	Pouco provável	Provável	Muito provável
37. Algumas pessoas perdem permanentemente os trabalhos que gostariam de manter. Nos próximos 2 anos, qual a possibilidade de vir a perder seu trabalho actual?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
38. As minhas possibilidades de desenvolvimento e promoção na carreira são boas.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. As minhas qualificações continuarão válidas nos próximos 5 anos.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Não tenho supervisor	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
40. O meu supervisor preocupa-se com o bem-estar dos seus subordinados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. O meu supervisor presta atenção às coisas que eu lhe digo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Eu estou exposto a conflitos ou a hostilidade por parte do meu supervisor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. O meu supervisor ajuda-me a fazer o meu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. O meu supervisor é bem sucedido na promoção do trabalho em equipa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
45. As pessoas com quem trabalho são competentes na realização das suas actividades.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. As pessoas com quem trabalho interessam-se com o que acontece comigo.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Eu estou exposto a conflitos ou hostilidade por parte das pessoas com quem trabalho.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. As pessoas com quem trabalho são amigáveis.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. As pessoas com quem trabalho encorajam-se mutuamente a trabalhar juntas.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. As pessoas com quem trabalho são colaborantes na realização das actividades.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Qual o nível de qualificação exigido em termos de formação formal para a realização do seu trabalho (não equivale necessariamente às habilitações literárias adquiridas por si)?

- 1º ciclo do ensino básico Licenciatura
 2º ciclo do ensino básico Mestrado
 3º ciclo do ensino básico Doutoramento
 Ensino secundário Outra



ID

CFT

1. Por favor, assinale na escala seguinte qual a sua percepção de esforço geral (físico e não físico) na execução do seu trabalho. Deve assinalar o número que melhor descreve a sua situação.

- 6
- 7 Muito, muito leve
- 8
- 9 Muito leve
- 10
- 11 Ligeiramente leve
- 12
- 13 Por vezes pesado
- 14
- 15 Pesado
- 16
- 17 Muito pesado
- 18
- 19 Muito, muito pesado
- 20

2. Por favor, através da utilização das linhas abaixo indicadas, assinale com uma linha perpendicular (|) a localização que melhor descreve a proporção de tempo, por dia, que depende ou está exposto na sua actividade profissional:

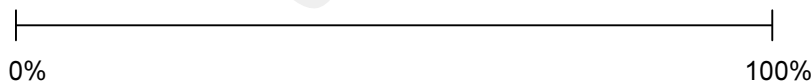
2.1 Sentado?



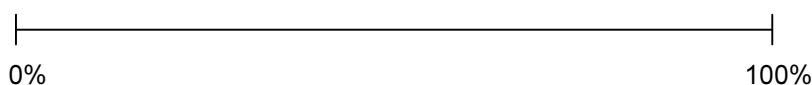
2.2 Utilização de computador?



2.3 Vibrações de corpo inteiro?



2.4 Utilização de instrumentos/ferramentas manuais indutores de vibrações?



Não preencher

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



Por favor, para cada afirmação seleccione a opção que melhor descreve a sua actividade profissional.

Nunca 1-3 dias/mês 1 dia/semana 2-4 dias/semana Todos dias

3. Realiza trabalho de precisão (manipulação de componentes muito pequenos) mais do que 2 horas por dia?

4. Realiza trabalho com as mãos acima do nível dos ombros durante mais de 30 minutos por dia?

5. Realiza trabalho com as mãos abaixo do nível dos joelhos durante mais de 30 minutos por dia?

6. Realiza trabalho que obriga a manutenção de posturas de flexão ou rotação várias vezes por hora?

7. O seu trabalho obriga à execução de movimentos repetitivos das mãos ou dos dedos, várias vezes por minuto, durante mais de 2 horas por dia?

8. O seu trabalho obriga à elevação ou ao transporte de cargas com um peso de 5 a 10 kg?

9. O seu trabalho obriga à elevação ou transporte de cargas com um peso superior a 15 kg?

10. Realiza trabalho que obriga a manutenção de posturas de flexão ou rotação várias vezes por minuto, durante mais de 2 horas por dia?



QUESTIONÁRIO EPITeen

21 ANOS

PAIS

ID

As suas informações são muito importantes por favor assinale as suas respostas de forma clara e não deixe questões sem resposta. Mesmo que a resposta seja "não" ou "não sabe"!

Sobre A MÃE:

1. Qual o estado civil?

- Casada União de facto Solteira Divorciada Separada Viúva

2. Relativamente à **situação profissional**, actualmente está:

- Activa Desempregada Reformada Baixa médica prolongada

Outra situação Qual?

3. Durante os últimos 12 meses:

3.1. Mediu a tensão/pressão arterial? não sim

3.2. Fez análises ao colesterol/triglicéridos? não sim não sabe

3.3. Quantas vezes consultou um dentista?

3.4. Quantas vezes consultou um médico?

3.4a Qual(is) a(s) especialidade(s) do(s) médico(s) que consultou?

4. Alguma vez teve uma **fractura óssea**? não sim

4.1. Se sim,

a) quantas vezes lhe aconteceu?

b) para cada fractura indique o local, motivo e idade a que ocorreu:

Local (ex: Perna; pulso, dedo do pé)

Motivo (assinale o mais importante)

- Queda Relacionado com desporto
 Acidente Espontânea(sem traumatismo/traumatismo mínimo)

Idade

- Queda Relacionado com desporto
 Acidente Espontânea(sem traumatismo/traumatismo mínimo)

- Queda Relacionado com desporto
 Acidente Espontânea(sem traumatismo/traumatismo mínimo)

5. Alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

Se sim, que **idade** tinha quando lhe foi diagnosticado?

	Não	Sim	Não Sabe		
5.1 Diabetes Tipo 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.2 Diabetes Tipo 1 (dependente de insulina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.3 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.4 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.5 Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.6 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.7 Cirurgia de revascularização (bypass) ou angioplastia coronária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.8 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.9 Anorexia/Bulimia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.10 Rinite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.11 Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.12 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
5.13 Alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos

5.13 a) Se sim, a que é que teve ou tem alergia?

5.14 Outra doença Não Sim Não Sabe anos

5.14. a) Se sim, qual(is)?



Sobre O PAI:

6. Qual o estado civil ?

- Casado União de facto Solteiro Divorciado Separado Viúvo

7. Relativamente à **situação profissional**, actualmente está?

- Activo Desempregado Reformado Baixa médica

Outra situação Qual?

8. Durante os últimos 12 meses:

8.1. Mediu a tensão/pressão arterial?

- não sim

8.2. Fez análises ao colesterol/triglicéridos?

- não sim não sabe

8.3. Quantas vezes **consultou um dentista**?

8.4. Quantas vezes **consultou um médico**?

8.4a Qual(is) a(s) especialidade(s) do(s) médico(s) que consultou?

9. Alguma vez teve uma **fractura óssea**?

- não sim

9.1. Se sim,

a) quantas vezes lhe aconteceu?

b) local e motivo da fractura:

Local (ex: Perna; pulso, dedo do pé)

Motivo (assinale o mais importante)

- Queda Relacionado com desporto
 Acidente Espontânea(sem traumatismo/
traumatismo mínimo)

- Queda Relacionado com desporto
 Acidente Espontânea(sem traumatismo/
traumatismo mínimo)

- Queda Relacionado com desporto
 Acidente Espontânea(sem traumatismo/
traumatismo mínimo)

Idade

10. Alguma vez um(a) médico(a) **lhe diagnosticou**:

Se sim, que **idade** tinha quando lhe foi diagnosticado?

	Não	Sim	Não Sabe		
10.1 Diabetes Tipo 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.2 Diabetes Tipo 1 (dependente de insulina)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.3 Hipertensão (tensão alta)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.4 Colesterol alto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.5 Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.6 Enfarte do miocárdio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.7 Cirurgia de revascularização (bypass) ou angioplastia coronária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.8 Trombose (AVC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.9 Anorexia/Bulimia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.10 Rinite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.11 Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.12 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos
10.13 Alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	anos

10.13 a) Se sim, a que é que teve ou tem alergia?

10.14 Outra doença Não Sim Não Sabe anos

10.14. a) Se sim, qual(is)?

