

QUESTIONÁRIO EPITeen

27 ANOS

INQUIRIDOR

**QUESTIONÁRIO APLICADO POR INQUIRIDOR**

Data de preenchimento | | | | / | | | | / | | | | | |

ID Inquiridor | | | | |

**DADOS PESSOAIS**

**Sexo**

Feminino

Masculino


**A. CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E DEMOGRÁFICAS**

1. Quantos anos de escolaridade completou? | | | | anos

2. Completou algum grau académico?

Sim

Não


2.1. Se sim, qual(ais)? \_\_\_\_\_

3. Neste momento ainda frequenta algum tipo de ensino?

Sim

Não

Não responde


4. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

5. Qual a sua ocupação/atividade profissional atual? (se é desempregado(a) ou doméstica ou outra considerar a última atividade)

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

7.1. \*Essa situação é por opção própria?

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

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

Outrem	<input type="checkbox"/>
Conta própria	<input type="checkbox"/>
Não se aplica	<input type="checkbox"/>

8.1. Se trabalha/trabalhava por conta própria, indique o nº de funcionários:

≤ 10	<input type="checkbox"/>
11-99	<input type="checkbox"/>
≥ 100	<input type="checkbox"/>

9. Tem outra situação profissional?

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

**9.1. Se sim, qual?**

Empregado(a) a tempo inteiro

Empregado(a) a tempo 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

Não responde

Outra situação \_\_\_\_\_


**9.1.1. \*Essa situação é por opção própria?**

Sim


Não

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

Nenhum

(A) Até 500€

(B) 501-1000€

(C) 1001-1500€

(D) 1501-2000€

(E) 2001-2500€

(F) 2501-3000€

(G) Mais de 3000€

(H) Não responde

(I) Não sabe


**11. Qual o seu estado marital?**

Solteiro/a

Casado/a

União de facto

Divorciado/a

Separado/a (não vive com o cônjuge)

Separado/a (não vive com o/a companheiro/a)

Viúvo/a

Não responde


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

**12. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar (contando consigo)?**

|\_\_| |\_\_| |\_\_| (se igual a 1, avançar para a questão 13)

**12.1. Quais são os restantes elementos do seu agregado familiar?**

	Não	Sim		
Mãe				
Pai				
Cônjuge				
Irmãos			Quantos?	
Filhos			Quantos?	
Pais do cônjuge			Quantos?	
Outros familiares			Quantos?	
Outros não familiares			Quantos?	

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

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

**14. Considera que os rendimentos do seu agregado familiar são:**

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

## B. CUIDADOS DE SAÚDE

15. Em geral, diria que a sua saúde é:

Ótima	<input type="checkbox"/>
Muito boa	<input type="checkbox"/>
Boa	<input type="checkbox"/>
Razoável	<input type="checkbox"/>
Fraca	<input type="checkbox"/>

16. Nos últimos 12 meses, quantas vezes consultou um dentista? \_\_ \_\_

17. Nos últimos 12 meses, quantas vezes consultou um médico? \_\_ \_\_

18. Nos últimos 12 meses, recorreu alguma vez à urgência hospitalar?

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

Se sim

18.1. Quantas vezes? \_\_ \_\_

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

Data (mês/ano)	Motivo

19. Tem alguma doença que o obriga a cuidados médicos regulares, i.e., tratamentos, análises, consultas, etc.?

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

19.1. Se sim, qual(ais)? \_\_\_\_\_

20. Durante os últimos 12 meses, tomou algum medicamento de forma crónica continuada?

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

**20.1. Se sim, quais os medicamentos e durante quanto tempo os tomou, nos últimos 12 meses?**

Nome do medicamento (dosagem)	Motivo	Nº de unidades	Dia/ Semana	Durante quanto tempo	Semanas/ Meses

**21. Usa ou alguma vez usou contraceptivos hormonais? (Pergunta apenas para participantes do sexo feminino)**

Sim

Não

**21.1. Se sim, qual(ais) e com que idade iniciou e terminou a utilização? (se ainda utiliza registar a idade actual)**

Contraceptivo	Sim/Não	Nome comercial	Idade início	Idade Fim	Uso contínuo excluindo gravidez (sim/não)
Oral (pilula)					
Anel vaginal					
Sistema transdérmico (adesivo)					
Implante					
Outro Qual? _____					

**22. A que sistema(s) de saúde recorre habitualmente?**

- Serviço Nacional de Saúde (Centros de saúde, hospitais públicos)
- ADSE
- Serviços de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana – SAD/GNR
- Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública – SAD/PSP
- Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM)
- Subsistema de saúde dos Serviços Sociais do Ministério da Justiça (SSMJ)
- SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social)
- Associação de cuidados de saúde (dos trabalhadores da Portugal Telecom) PT-ACS
- Seguro privado de saúde (por exemplo, Multicare, Medis, etc.)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_


**C. ACR 2010**

**23. Relativamente à última semana e usando a seguinte escala, indique a gravidade com que se sentiu:**

- 0:** sem problemas
- 1:** com problemas discretos ou leves; geralmente leves ou intermitentes
- 2:** com problemas moderados: geralmente um nível moderado e/ou presente muitas vezes
- 3:** com problemas graves: generalizados, sempre presentes

- 23.1.** Fadiga
- 23.2.** Problemas em pensar ou recordar
- 23.3.** Acordar cansado

0	1	2	3

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

	Não	Sim
Dor no abdómen (dor na barriga)		
Depressão		
Dor de cabeça		
Comichão		
Dormência		
Náuseas		
Tonturas		



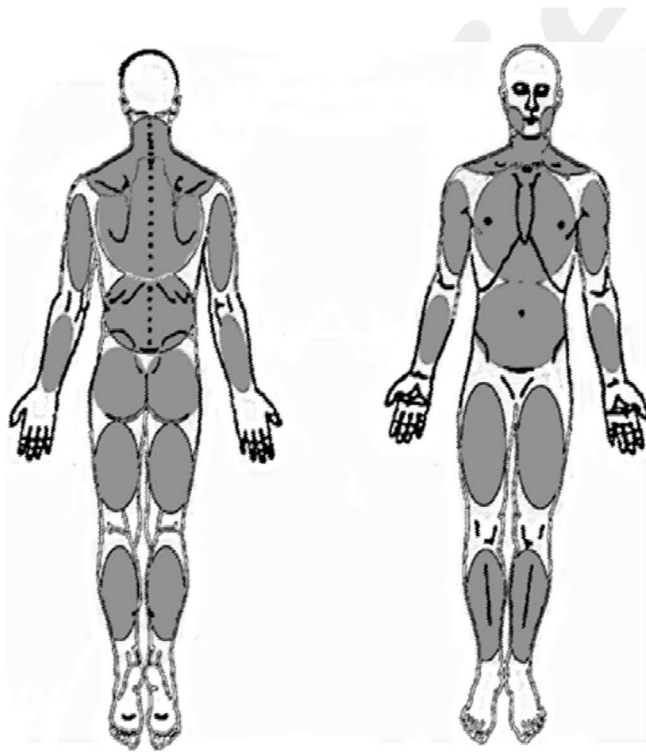
Por favor, considere a figura que se segue.

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

Sim

Não

25.1. Se sim, assinale 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

26. Globalmente os sintomas que referiu (nas questões 9, 10 e 11) estiveram presentes durante pelo menos 3 meses?

Sim

Não

## D. HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇA

27. Relativamente à história familiar de doença, por favor indique-nos se alguma das seguintes doenças foi diagnosticada à sua mãe, pai ou irmãos:

	Mãe			Pai			Irmãos		
	Não	Sim	Não sabe	Não	Sim	Não sabe	Não	Sim	Não sabe
Diabetes tipo 2									
Diabetes tipo 1									
Hipertensão arterial									
Colesterol elevado									
AVC									
Enfarte									
Cirurgia de revascularização (bypass) ou angioplastia coronária									
Cancro: Qual? _____									
Asma									
Rinite									
Alergia									
Osteoporose									
Depressão									
Outra: Qual? _____									

## E. HÁBITOS E ATIVIDADES

### *Dormir/Descansar*

- |   | Nos dias de trabalho/escola | Nos dias livres/fim-de-semana |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 28. Habitualmente a que horas se deita?   | __ __ : __ __               | __ __ : __ __                 |
| 29. Habitualmente a que horas se levanta? | __ __ : __ __               | __ __ : __ __                 |

### *Na profissão/atividade*

30. Quantas horas por semana trabalha/estuda? |\_\_|\_\_| horas por semana

31. Como se desloca para o emprego e quanto tempo demora?

- A pé |\_\_|\_\_|\_\_| min  dia  semana
- Carro ou transportes públicos |\_\_|\_\_|\_\_| min  dia  semana
- Outro |\_\_|\_\_|\_\_| min  dia  semana
- Qual? \_\_\_\_\_

32. Que situação descreve melhor as suas atividades na sua profissão principal?

Está sentado a maior parte do tempo

Está de pé e anda, mas sem outra atividade física

Está de pé e anda, mas também sobe escadas e carrega objetos

Tem atividade física pesada


### *Trabalho doméstico*

33. Costuma fazer trabalhos domésticos?

Sim


Não

Se sim, de que tipo e quanto tempo demora?

- Cozinhar, lavar a louça, passar a ferro |\_\_|\_\_|\_\_| min  dia  sem.
- Limpar a casa, fazer compras, tratar dos filhos, jardinagem |\_\_|\_\_|\_\_| min  dia  sem.
- Polir o chão, bricolagem, agricultura |\_\_|\_\_|\_\_| min  dia  sem.
- Outro |\_\_|\_\_|\_\_| min  dia  sem.
- Qual? \_\_\_\_\_

**Nos tempos livres**

**34. Qual destas situações descreve melhor as suas atividades 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 metade do tempo ativo (a andar, a jogar) e metade do tempo de pé sem outra atividade

Passo a maior parte do tempo muito ativo (a correr, a jogar)


**35. Costuma praticar desporto ou exercício físico?**

Sim


Não

**Se sim,**  
qual o exercício?


Quanto tempo  
por semana (HH:MM)

		:		
		:		
		:		
		:		

Há quanto  
tempo (meses)


**HH:MM**

**36. Durante os dias de semana, quanto tempo passa em média por dia a ler ou a estudar?**

			:				
--	--	--	---	--	--	--	--

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

			:				
--	--	--	---	--	--	--	--

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

			:				
--	--	--	---	--	--	--	--

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

			:				
--	--	--	---	--	--	--	--

**40. Durante os dias de semana, quanto tempo passa em média por dia no computador ou consola ou na internet?**

			:				
--	--	--	---	--	--	--	--

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

			:				
--	--	--	---	--	--	--	--

## F. PREDIMED

Responda às seguintes questões de acordo com aquilo que é a sua alimentação habitual nos 7 dias da semana, indicando o número de vezes (por dia ou por semana) que consome determinados alimentos. *Por favor, desenhe um círculo para assinalar cada resposta.*

42. Usa o azeite como principal gordura para cozinhar?									
		Não			Sim				
43. Que quantidade de azeite consome <u>num dia</u> (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	<1	1	2	3	≥4				
	<b>(nr. de colheres de sopa por dia)</b>								
44. Quantas porções de produtos hortícolas consome <u>por dia</u> ? (1 porção: 200g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)									
	<b>(nr. de porções por dia)</b>								
44.1. Na sopa	<1	1	2	3	≥4				
44.2. Cozinhados no prato	<1	1	2	3	≥4				
44.3. Crús no prato	<1	1	2	3	≥4				
45. Quantas peças/porções de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consome <u>por dia</u> ?	<1	1	2	3	≥4				
	<b>(nr. de peças/porções por dia)</b>								
46. Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome <u>por dia</u> ? (1 porção: 100-150g)	<1	1	2	3	≥4				
	<b>(nr. de porções por dia)</b>								
47. Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome <u>por dia</u> ? (1 porção: 12g)	<1	1	2	3	≥4				
	<b>(nr. de porções por dia)</b>								
48. Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe <u>por dia</u> ?	<1	1	2	3	≥4				
	<b>(nr. de porções por dia)</b>								
49. Quantos copos de vinho bebe <u>por semana</u> ?	<1	1	2	3	4	5	6	≥7	
	<b>(nr. de copos por semana)</b>								
50. Quantas porções de leguminosas consome <u>por semana</u> ? (1 porção: 150g)	<1	1	2	3	4	5	6	≥7	
	<b>(nr. de porções por semana)</b>								
51. Quantas porções de peixe ou marisco consome <u>por semana</u> ? (1 porção: 100-150g de peixe ou 4-5 unidades ou 200g marisco)	<1	1	2	3	4	5	6	≥7	
	<b>(nr. de porções por semana)</b>								
52. Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	<1	1	2	3	4	5	6	≥7	
	<b>(nr. de vezes por semana)</b>								

<b>53.</b> Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consome <u>por semana?</u> (1 porção: 30g)	<1	1	2	3	4	5	6	≥7
	<b>(nr. de <u>porções</u> por semana)</b>							
<b>54.</b> Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	Não			Sim				
<b>55.</b> Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com um refogado (molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite)?	<1	1	2	3	4	5	6	≥7
	<b>(nr. de <u>vezes</u> por semana)</b>							

### G. ALIMENTAÇÃO

**56. Com que frequência considera que a comida é salgada, quando come fora de casa (casa de amigos, restaurantes)?**

Sempre	<input type="checkbox"/>
Frequentemente	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

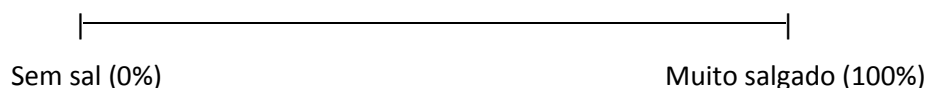
**57. Com que frequência adiciona pickles ou molhos (mostarda, molho de salsa, de soja, de whisky etc.) nos alimentos depois de confeccionados?**

Sempre	<input type="checkbox"/>
Frequentemente	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

**58. Com que frequência consumiu enchidos e fumados, durante as duas últimas semanas?**

Todos os dias	<input type="checkbox"/>
Quase todos os dias	<input type="checkbox"/>
Alguns dias	<input type="checkbox"/>
Raramente	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

59. Relativamente ao seu consumo de sal, como o classifica numa escala de 0 a 100%?  
 Por favor assinale na régua representada, como come na maioria das vezes (em que o 0% representa uma comida sem sal e o 100% uma comida muito salgada)



**Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas**

60. Em média qual a frequência com que bebe?

	Nº de vezes		Dia	Sem.	Mês	Ano	Nº de copos cada vez	
Vinho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cerveja com álcool*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Shots ou bebidas brancas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bebidas espirituosas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

60.1. \*Cerveja, habitualmente de que forma?

Fino/mini

Garrafa/lata

QUESTIONÁRIO EPITeen  
27 ANOS  
AUTOAPLICADO – FEMININO



## QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO (Feminino)

### DADOS PESSOAIS

Data de nascimento | | | | / | | | | / | | | | | |

### A. FAMÍLIA

1. Alguma vez esteve grávida?

Sim

Não

*Se não, avance para a questão 2.*

**Se sim, por favor indique:**

1.1. Quantas vezes esteve grávida, incluindo uma possível gravidez atual e gravidezes que não resultaram em nascimentos? | | | | |

1.2. Que idade tinha, quando engravidou pela primeira vez? | | | | Anos

1.3. Presentemente encontra-se grávida?

Sim

Não

1.4. Teve algum abortamento (espontâneo/provocado)?

Sim

Não

*Se não, avance para a questão 1.5.*

**Se sim, por favor indique:**

1.4.1. Quantos abortamentos espontâneos? | | | |

1.4.2. Quantos abortamentos provocados? | | | |

1.5. Já alguma vez teve filhos que tivessem nascido vivos?

Sim

Não

*Se não, avance para a questão 2.*

**Se sim, por favor indique:**

1.5.1. Quantos? | | | | |

**1.5.2. Quais as datas de nascimento?**

	Data Nascimento
<b>Filha/o 1</b>	___/___/_____
<b>Filha/o 2</b>	___/___/_____
<b>Filha/o 3</b>	___/___/_____
<b>Filha/o 4</b>	___/___/_____
<b>Filha/o 5</b>	___/___/_____

**B. HÁBITOS E COMPORTAMENTOS**

2. Relativamente aos últimos 12 meses, por favor assinale com uma cruz, quantas vezes por dia, semana ou mês consumiu os seguintes alimentos? Por favor, não se esqueça de assinalar os alimentos que nunca comeu, ou comeu menos de 1 vez por mês.

	Nunca ou < 1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia
Sopa de legumes									
Vegetais no prato									
Fruta									
Sumo de fruta natural									

3. Bebe ou alguma vez bebeu bebidas alcoólicas?

Sim

Não

*Se não, avance para a questão 4.*

**3.1. Se sim, atualmente:**

Bebe diariamente

Não bebe diariamente mas pelo menos 1 vez/semana

Bebe menos de 1 vez/semana

É ex-bebedor


3.2. Nos últimos 6 meses, quantas vezes bebeu **4 ou mais bebidas** numa ocasião (festa, saída à noite ...)?

Nenhuma	<input type="checkbox"/>
1 vez	<input type="checkbox"/>
2 vezes	<input type="checkbox"/>
3 a 5 vezes	<input type="checkbox"/>
6 a 9 vezes	<input type="checkbox"/>
10 ou mais vezes	<input type="checkbox"/>

3.3. Alguma vez bebeu bebidas alcoólicas até ficar embriagado?

Sim	<input type="checkbox"/>	<i>Se não, avance para a questão 4.</i>
Não	<input type="checkbox"/>	

Se sim,

3.3.1. Que idade tinha quando se embriagou pela primeira vez? |\_\_|\_\_|

3.3.2. Nos últimos 12 meses quantas vezes se embriagou? |\_\_|\_\_|\_\_|

4. Fuma ou alguma vez fumou?

Sim	<input type="checkbox"/>	<i>Se não, avance para a questão 5.</i>
Não	<input type="checkbox"/>	

4.1. Se sim, atualmente:

Fuma pelo menos 1 vez/dia	<input type="checkbox"/>	<i>(passar para a questão 5)</i>
Fuma menos de 1 vez/dia	<input type="checkbox"/>	
É ex-fumador (deixou de fumar há menos de 6 meses)	<input type="checkbox"/>	
É ex-fumador (deixou de fumar há 6 meses ou mais)	<input type="checkbox"/>	
Apenas experimentou	<input type="checkbox"/>	

4.2. Iniciou o consumo aos |\_\_|\_\_| anos

4.3. Se é ex-fumador, parou aos |\_\_|\_\_| anos

**4.4. Indique qual o seu consumo atual de:**

*(se deixou de fumar, indique por favor o consumo habitual quando fumava)*

	Nr.			Dia*		Sem.*	
Tabaco de enrolar							
Cigarros							
Outro							

Se Outro, qual? \_\_\_\_\_ (\*selecione o que interessa com um x)

**C. PSQI**

**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.**

- Durante o último mês, normalmente a que horas foi para a cama? |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|
- Durante o último mês, normalmente quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer, à noite? |\_\_|\_\_|\_\_|
- Durante o último mês, normalmente a que horas se levantou de manhã? |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|
- Durante o último mês, quantas horas efetivas de sono teve durante a noite? |\_\_|\_\_|  
(pode ser diferente do número de horas que esteve na cama)
- Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em dormir porque...

	Não aconteceu no último mês	Menos de 1 vez / semana	1 a 2 vezes/semana	3 ou mais vezes/ semana
<b>9.1.</b> Não conseguiu adormecer em 30 minutos				
<b>9.2.</b> Acordou a meio da noite ou de manhã cedo				
<b>9.3.</b> Teve de se levantar para ir à casa de banho				
<b>9.4.</b> Não conseguiu respirar confortavelmente				
<b>9.5.</b> Tossiu ou ressonou alto				
<b>9.6.</b> Sentiu muito frio				
<b>9.7.</b> Sentiu muito calor				
<b>9.8.</b> Teve pesadelos				
<b>9.9.</b> Sentiu dores				
<b>9.10.</b> Outra(s) razão(ões), por favor descreva:				

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

Muito boa	<input type="checkbox"/>
Razoavelmente boa	<input type="checkbox"/>
Razoavelmente má	<input type="checkbox"/>
Muito má	<input type="checkbox"/>

	Não aconteceu no último mês	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
<b>11.</b> Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos para o ajudar a dormir (com receita médica ou de venda livre)?				
<b>12.</b> Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em permanecer acordado enquanto conduzia, durante as refeições ou enquanto participava em atividades sociais?				

**13.** 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	<input type="checkbox"/>
Foi um ligeiro problema	<input type="checkbox"/>
Foi um problema moderado	<input type="checkbox"/>
Foi um grande problema	<input type="checkbox"/>

#### D. ESS

**14.** 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 algumas destas situações não tenham ocorrido recentemente, tente perceber como estas o teriam afetado.**

	Probabilidade de se deixar dormir ou adormecer			
	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grande
<b>14.1.</b> Sentado a ler				
<b>14.2.</b> A ver televisão				
<b>14.3.</b> Sentado, inativo num local público (por ex. no cinema ou reunião)				
<b>14.4.</b> Como passageiro num carro, durante uma hora, sem paragens				
<b>14.5.</b> Deitado a descansar à tarde, quando as circunstâncias o permitem				
<b>14.6.</b> Sentado a conversar com alguém				
<b>14.7.</b> Sentado tranquilamente depois de um almoço em que não consumiu álcool				
<b>14.8.</b> Num carro, parado no trânsito durante uns minutos				

## E. BDI-II

O questionário seguinte consiste em 21 grupos de afirmações.

Por favor leia cada grupo cuidadosamente, e escolha em cada um a afirmação que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as **passadas duas semanas, incluindo o dia de hoje**.

Assinale com um **X** no quadrado a afirmação que escolheu.

Poderão haver várias afirmações num mesmo grupo que se pareçam adequadas, no entanto, **só deve escolher a mais adequada**; assegure-se de não ter escolhido mais do que uma afirmação por grupo.

### 1. Tristeza

Não me sinto triste

Sinto-me triste muitas vezes

Sinto-me sempre triste

Sinto-me tão triste ou infeliz que já não o suporto


### 2. Pessimismo

Não me sinto desencorajado em relação ao futuro

Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que costumava

Já não espero que os meus problemas se resolvam

Não tenho qualquer esperança no futuro e acho que tudo só pode piorar


### 3. Fracassos Passados

Não me considero um falhado

Fracassei mais vezes do que deveria

Quando considero o meu passado, o que noto é uma quantidade de fracassos

Sinto-me completamente falhado como pessoa


### 4. Perda de Prazer

Tenho tanto prazer como costumava ter com as coisas que eu gosto

Eu não gosto tanto das coisas como costumava

Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar

Não obtenho qualquer prazer das coisas que eu costumava gostar


### 5. Sentimentos de culpa

Não me sinto particularmente culpado

Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou deveria ter feito

Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes

Sinto-me culpado durante o tempo todo


### 6. Sentimentos de Punição

Não sinto que estou a ser castigado

Sinto que posso ser castigado

Espero vir a ser castigado

Sinto que estou a ser castigado


### 7. Auto Depreciação

Aquilo que acho de mim é o que sempre achei

Perdi confiança em mim próprio

Estou desapontado comigo mesmo

Eu não gosto de mim


### 8. Auto criticismo

Não me culpo ou critico mais do que o habitual

Critico-me mais do que o que costumava

Critico-me por todas as minhas falhas

Culpo-me por tudo o que de mal me acontece


### 9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

Não tenho qualquer ideia de me matar

Tenho ideias de me matar mas não as levei a cabo

Gostaria de me matar

Matar-me-ia se tivesse oportunidade




### 10. Choro

Não choro mais do que costumava

Choro mais do que costumava

Choro por tudo e por nada

Apetece-me chorar, mas já não consigo

### 11. Agitação

Não me sinto mais inquieto que o normal

Sinto-me mais inquieto que o habitual

Estou tão inquieto ou agitado que é difícil parar quieto

Estou tão inquieto ou agitado que tenho que me manter em movimento ou fazer alguma coisa

### 12. Perda de Interesse

Não perdi o interesse nas outras pessoas ou nas minhas atividades

Estou menos interessado pelas coisas e pelas outras pessoas do que antes

Perdi a maioria do meu interesse nas coisas e nas outras pessoas

É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja

### 13. Indecisão

Tomo decisões como sempre o fiz

Acho mais difícil tomar decisões que o habitual

Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que antigamente

Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão

### 14. Sentimentos de Inutilidade

Não me considero um incapaz/inútil

Não me considero tão válido e útil como costumava

Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas

Sinto-me completamente inútil

### 15. Perda de Energia

- Tenho a mesma energia de sempre
- Sinto-me com menos energia do que o habitual
- Não me sinto com energia para muitas coisas
- Não me sinto com energia para nada


### 16. Alterações do Padrão de Sono

- Não notei qualquer mudança no meu sono
- Durmo um pouco mais do que o habitual
- Durmo um pouco menos do que o habitual
- Durmo muito mais que o habitual
- Durmo muito menos que o habitual
- Durmo a maioria do tempo durante o dia
- Acordo cerca de 1 a 2 horas mais cedo que o costume e não consigo voltar a dormir


### 17. Irritabilidade

- Não estou mais irritável que o normal
- Estou mais irritável que o habitual
- Estou muito mais irritável que o normal
- Estou irritável o tempo todo


### 18. Alterações do Apetite

- Não notei qualquer alteração do apetite
- Tenho um pouco menos apetite que o habitual
- Tenho um pouco mais de apetite que o habitual
- O meu apetite é muito menor que o habitual
- O meu apetite é muito maior que o habitual
- Perdi por completo o apetite
- Anseio por comida o tempo todo


### 19. Dificuldades de Concentração

Concentro-me tão bem como antes

Não me consigo concentrar tão bem como antes

É difícil manter as minhas ideias em qualquer coisa por muito tempo

Acho que não me consigo concentrar em nada


### 20. Cansaço ou Fadiga

Não estou mais cansado/fatigado que o habitual

Canso-me mais facilmente que o costume

Estou demasiado cansado/fatigado para fazer uma série de coisas que costumava fazer

Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maioria das coisas que costumava fazer


### 21. Perda de Interesse Sexual

Não notei qualquer alteração recente no meu interesse sexual

Sinto-me menos interessado sexualmente do que o habitual

Atualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual

Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual


QUESTIONÁRIO EPITeen  
27 ANOS  
AUTOAPLICADO – MASCULINO

**QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO (Masculino)**

**DADOS PESSOAIS**

Data de nascimento | | | | / | | | / | | | | | |

**A. FAMÍLIA**

1. Já alguma vez teve filhos que tivessem nascido vivos?

Sim

Não

*Se não, avance para a questão 2.*

Se sim, por favor indique:

1.1. Quantos filhos teve? | | | |

1.2. Quais as datas de nascimento?

**Data Nascimento**

Filha/o 1    / /

Filha/o 2    / /

Filha/o 3    / /

Filha/o 4    / /

Filha/o 5    / /

**B. HÁBITOS E COMPORTAMENTOS**

2. Relativamente aos últimos 12 meses, por favor assinale com uma cruz, quantas vezes por dia, semana ou mês consumiu os seguintes alimentos? Por favor, não se esqueça de assinalar os alimentos que nunca comeu, ou comeu menos de 1 vez por mês.

	Nunca ou < 1 mês	1-3 por mês	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por dia	2-3 por dia	4-5 por dia	6 + por dia
Sopa de legumes									
Vegetais no prato									
Fruta									
Sumo de fruta natural									

3. Bebe ou alguma vez bebeu bebidas alcoólicas?

Sim

Não

*Se não, avance para a questão 4.*

3.1. Se sim, atualmente:

Bebe diariamente

Não bebe diariamente mas pelo menos 1 vez/semana

Bebe menos de 1 vez/semana

É ex-bebedor

3.2. Nos últimos 6 meses, quantas vezes bebeu **5 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

3.3. Alguma vez bebeu bebidas alcoólicas até ficar embriagado?

Sim

Não

*Se não, avance para a questão 4.*

**Se sim,**

3.3.1. Que idade tinha quando se embriagou pela primeira vez? |\_\_|\_\_|

3.3.2. Nos últimos 12 meses quantas vezes se embriagou? |\_\_|\_\_|\_\_|

4. Fuma ou alguma vez fumou?

Sim

Não

*Se não, avance para a questão 5.*

**4.1. Se sim, atualmente:**

Fuma pelo menos 1 vez/dia

Fuma menos de 1 vez/dia

É ex-fumador (deixou de fumar há menos de 6 meses)

É ex-fumador (deixou de fumar há 6 meses ou mais)

Apenas experimentou


(passar para a questão 5)

**4.2.** Iniciou o consumo aos |\_\_|\_\_| anos

**4.3.** Se é ex-fumador, parou aos |\_\_|\_\_| anos

**4.4.** Indique qual o seu consumo atual de:

(se deixou de fumar, indique por favor o consumo habitual quando fumava)

	Nr.			Dia*		Sem.*	
Tabaco de enrolar							
Cigarros							
Outro							

Se Outro, qual? \_\_\_\_\_ (\*selecione o que interessa com um x)

**C. PSQI**

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.

- Durante o último mês, normalmente a que horas foi para a cama? |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|
- Durante o último mês, normalmente quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer, à noite? |\_\_|\_\_|\_\_|
- Durante o último mês, normalmente a que horas se levantou de manhã? |\_\_|\_\_|:|\_\_|\_\_|
- Durante o último mês, quantas horas efetivas de sono teve durante a noite? |\_\_|\_\_|  
(pode ser diferente do número de horas que esteve na cama)

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

	Não aconteceu no último mês	Menos de 1 vez / semana	1 a 2 vezes/semana	3 ou mais vezes/ semana
9.1. Não conseguiu adormecer em 30 minutos				
9.2. Acordou a meio da noite ou de manhã cedo				
9.3. Teve de se levantar para ir à casa de banho				
9.4. Não conseguiu respirar confortavelmente				
9.5. Tossiu ou ressonou alto				
9.6. Sentiu muito frio				
9.7. Sentiu muito calor				
9.8. Teve pesadelos				
9.9. Sentiu dores				
9.10. Outra(s) razão(ões), por favor descreva:				

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

Muito boa	<input type="checkbox"/>
Razoavelmente boa	<input type="checkbox"/>
Razoavelmente má	<input type="checkbox"/>
Muito má	<input type="checkbox"/>

	Não aconteceu no último mês	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
11. Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos para o ajudar a dormir (com receita médica ou de venda livre)?				
12. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em permanecer acordado enquanto conduzia, durante as refeições ou enquanto participava em atividades sociais?				



**13.** 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	<input type="checkbox"/>
Foi um ligeiro problema	<input type="checkbox"/>
Foi um problema moderado	<input type="checkbox"/>
Foi um grande problema	<input type="checkbox"/>

**D. ESS**

**14.** 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 algumas destas situações não tenham ocorrido recentemente, tente perceber como estas o teriam afetado.**

Probabilidade de se deixar dormir ou adormecer				
	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Grande
<b>14.1.</b> Sentado a ler				
<b>14.2.</b> A ver televisão				
<b>14.3.</b> Sentado, inativo num local público (por ex. no cinema ou reunião)				
<b>14.4.</b> Como passageiro num carro, durante uma hora, sem paragens				
<b>14.5.</b> Deitado a descansar à tarde, quando as circunstâncias o permitem				
<b>14.6.</b> Sentado a conversar com alguém				
<b>14.7.</b> Sentado tranquilamente depois de um almoço em que não consumiu álcool				
<b>14.8.</b> Num carro, parado no trânsito durante uns minutos				

## E. BDI-II

O questionário seguinte consiste em 21 grupos de afirmações.

Por favor leia cada grupo cuidadosamente, e escolha em cada um a afirmação que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as **passadas duas semanas, incluindo o dia de hoje**.

Assinale com um **X** no quadrado a afirmação que escolheu.

Poderão haver várias afirmações num mesmo grupo que se pareçam adequadas, no entanto, **só deve escolher a mais adequada**; assegure-se de não ter escolhido mais do que uma afirmação por grupo.

### 1. Tristeza

Não me sinto triste

Sinto-me triste muitas vezes

Sinto-me sempre triste

Sinto-me tão triste ou infeliz que já não o suporto


### 2. Pessimismo

Não me sinto desencorajado em relação ao futuro

Sinto-me mais desencorajado em relação ao futuro do que costumava

Já não espero que os meus problemas se resolvam

Não tenho qualquer esperança no futuro e acho que tudo só pode piorar


### 3. Fracassos Passados

Não me considero um falhado

Fracassei mais vezes do que deveria

Quando considero o meu passado, o que noto é uma quantidade de fracassos

Sinto-me completamente falhado como pessoa


### 4. Perda de Prazer

Tenho tanto prazer como costumava ter com as coisas que eu gosto

Eu não gosto tanto das coisas como costumava

Tenho pouco prazer com as coisas que eu costumava gostar

Não obtenho qualquer prazer das coisas que eu costumava gostar


### 5. Sentimentos de culpa

Não me sinto particularmente culpado

Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou deveria ter feito

Sinto-me bastante culpado a maioria das vezes

Sinto-me culpado durante o tempo todo


### 6. Sentimentos de Punição

Não sinto que estou a ser castigado

Sinto que posso ser castigado

Espero vir a ser castigado

Sinto que estou a ser castigado


### 7. Auto Depreciação

Aquilo que acho de mim é o que sempre achei

Perdi confiança em mim próprio

Estou desapontado comigo mesmo

Eu não gosto de mim


### 8. Auto criticismo

Não me culpo ou critico mais do que o habitual

Critico-me mais do que o que costumava

Critico-me por todas as minhas falhas

Culpo-me por tudo o que de mal me acontece


### 9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

Não tenho qualquer ideia de me matar

Tenho ideias de me matar mas não as levei a cabo

Gostaria de me matar

Matar-me-ia se tivesse oportunidade


### 10. Choro

Não choro mais do que costumava

Choro mais do que costumava

Choro por tudo e por nada

Apetece-me chorar, mas já não consigo


### 11. Agitação

Não me sinto mais inquieto que o normal

Sinto-me mais inquieto que o habitual

Estou tão inquieto ou agitado que é difícil parar quieto

Estou tão inquieto ou agitado que tenho que me manter em movimento ou fazer alguma coisa


### 12. Perda de Interesse

Não perdi o interesse nas outras pessoas ou nas minhas atividades

Estou menos interessado pelas coisas e pelas outras pessoas do que antes

Perdi a maioria do meu interesse nas coisas e nas outras pessoas

É difícil interessar-me por qualquer coisa que seja


### 13. Indecisão

Tomo decisões como sempre o fiz

Acho mais difícil tomar decisões que o habitual

Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que antigamente

Sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão


### 14. Sentimentos de Inutilidade

Não me considero um incapaz/inútil

Não me considero tão válido e útil como costumava

Sinto-me mais inútil, em relação às outras pessoas

Sinto-me completamente inútil


### 15. Perda de Energia

Tenho a mesma energia de sempre  
Sinto-me com menos energia do que o habitual  
Não me sinto com energia para muitas coisas  
Não me sinto com energia para nada


### 16. Alterações do Padrão de Sono

Não notei qualquer mudança no meu sono  
Durmo um pouco mais do que o habitual  
Durmo um pouco menos do que o habitual  
Durmo muito mais que o habitual  
Durmo muito menos que o habitual  
Durmo a maioria do tempo durante o dia  
Acordo cerca de 1 a 2 horas mais cedo que o costume e não consigo voltar a dormir


### 17. Irritabilidade

Não estou mais irritável que o normal  
Estou mais irritável que o habitual  
Estou muito mais irritável que o normal  
Estou irritável o tempo todo


### 18. Alterações do Apetite

Não notei qualquer alteração do apetite  
Tenho um pouco menos apetite que o habitual  
Tenho um pouco mais de apetite que o habitual  
O meu apetite é muito menor que o habitual  
O meu apetite é muito maior que o habitual  
Perdi por completo o apetite  
Anseio por comida o tempo todo


### 19. Dificuldades de Concentração

Concentro-me tão bem como antes

Não me consigo concentrar tão bem como antes

É difícil manter as minhas ideias em qualquer coisa por muito tempo

Acho que não me consigo concentrar em nada


### 20. Cansaço ou Fadiga

Não estou mais cansado/fatigado que o habitual

Canso-me mais facilmente que o costume

Estou demasiado cansado/fatigado para fazer uma série de coisas que costumava fazer

Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maioria das coisas que costumava fazer


### 21. Perda de Interesse Sexual

Não notei qualquer alteração recente no meu interesse sexual

Sinto-me menos interessado sexualmente do que o habitual

Atualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual

Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual
