

## Questionário do Participante – Por inquiridor

### PERCURSO ESCOLAR

1. **Frequentas algum estabelecimento de ensino?**  Não (p.1.5)  Sim (p.1.1)

**[Se sim],**

**1.1. Qual o tipo de ensino que frequentas?**

- Ensino básico 3º ciclo (p1.2)  
 Ensino secundário (p1.2)  
 Ensino profissional (p1.2)  
 Ensino superior (p.1.1.1)

1.1.1. Qual foi a tua média final do 12º ano? | \_ | \_ | \_ | , | \_ | \_ | valores

1.1.2. Qual o curso que frequentas? \_\_\_\_\_

1.1.3. Encontras-te a estudar deslocado de casa?  Não  Sim

Outro: \_\_\_\_\_

**1.2. Qual o ano que frequentas?** | \_ | \_ | \_ |

**1.3. Pretendes prosseguir os estudos para o ensino superior?**

- Não  Sim (p.2)

**1.4. Porque pretendes desistir dos estudos?**

- A minha família não tem condições financeiras para continuar a apoiar-me  
 Não gosto de estudar  
 Quero começar a trabalhar e a ganhar dinheiro  
 Outra razão. Qual? \_\_\_\_\_

**[Se não],**

**1.5. Já concluíste o ensino obrigatório (12º ano)?**  Não  Sim

1.5.1. *[Se sim]*, qual foi a média final do 12º ano (incluindo os exames)? | \_ | \_ | \_ | , | \_ | \_ | valores

**1.6. Qual foi o principal motivo para deixares os estudos?**

- A minha família não tinha condições financeiras para continuar a apoiar-me

- Não gostava de estudar
- Queria começar a trabalhar e a ganhar dinheiro
- Outra razão. Qual? \_\_\_\_\_

**2. Alguma vez ficaste retido de ano?**

Não

Sim

2.1. Indica o número de vezes que reprovaste:

1º Ciclo (até ao 4º ano) |\_\_|\_\_|

2º Ciclo (5º ao 6º ano) |\_\_|\_\_|

3º Ciclo (7º ao 9º ano) |\_\_|\_\_|

Secundário |\_\_|\_\_|

**ATIVIDADE PROFISSIONAL**

**3. Atualmente tens algum trabalho remunerado?**

- Não (p.11)       Sim

3.1. Esse trabalho é:

- A tempo inteiro
- A tempo parcial
- Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**4. Que profissão/função desempenhas?**

\_\_\_\_\_

**5. Há quanto tempo estás neste trabalho?** |\_\_|\_\_| anos |\_\_|\_\_| meses

**6. Qual a tua situação contratual atual?**

- Sem contrato
- Contrato sem termo
- Contrato a termo certo
- Contrato a termo incerto
- Recibos verdes
- Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

**7. Qual a tua situação perante o emprego?**

- Trabalhas por conta de outrem
- Trabalhas por conta própria
- Outra. Especifica: \_\_\_\_\_

*A pergunta seguinte refere-se às tuas fontes de rendimento. Reforçamos que é totalmente confidencial e que não existe qualquer ligação a outra base de dados que não as do projeto.*

8. Olhando para esta escala, gostaria que situasses num dos seguintes intervalos o teu rendimento mensal total líquido (incluindo vencimentos e outras fontes de rendimento como subsídios, rendas, ajudas monetárias, pensão de alimentos), bastando indicar-me a letra correspondente:

- A. < 500€
- B. 500 – 1000€
- C. 1001 – 1500€
- D. 1501 – 2000€
- E. 2001 – 2500€
- F. 2501 – 3000€
- G. >3000€
- H. Não sabe
- I. Prefere não dizer

9. Tendo em conta apenas o teu rendimento, consideras que é:

- Insuficiente
- Tenho de ter cuidado com os gastos
- Chega para as minhas necessidades
- Confortável

10. Atualmente recibes alguma ajuda financeira?

- Não  Sim

10.1. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

#### CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA

11. Com quem vives?

Não	Sim		Número	Idade dos irmãos/filhos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mãe		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pai		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Companheiro(a) da Mãe que não o Pai		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Companheiro(a) do Pai que não a Mãe		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avós maternos	_ _	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Avós paternos	_ _	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Irmãos	_ _	_ _ ;  _ _ ;  _ _
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meios - Irmãos	_ _	_ _ ;  _ _ ;  _ _
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Companheiro(a) do(a) próprio		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Filho(s) do(a) próprio	_ _	_ _ ;  _ _ ;  _ _
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pais do(a) companheiro(a)	_ _	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros familiares	_ _	

- Outro. Quem? \_\_\_\_\_ |\_\_|\_\_|
- Ninguém, vivo sozinho.

**12. Consideras que os rendimentos do teu agregado familiar são:**

- Insuficientes
- Temos de ter cuidado com os gastos
- Chega para as nossas necessidades
- Confortáveis

**ATIVIDADES E HÁBITOS**

**13. Qual destas situações descreve melhor a tua atividade física em geral, num dia habitual?**

- 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)

**14. Quanto tempo, em geral, passas SENTADO(A) por dia? Inclui o tempo gasto com atividades como estar sentado a uma secretária (incluindo tempo de aulas ou trabalho), ler, estar sentado ou em repouso a ver televisão, no telemóvel, no tablet, ou a ouvir música.**

Durante a semana (nos dias de aulas e/ou trabalho) |\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

Durante o fim-de-semana (nos dias livres) |\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

**15. Durante a semana (nos dias de aulas e/ou trabalho), quanto tempo passas no total, por dia, a ver ou utilizar televisão, computador, tablet, telemóvel ou consolas de jogo?**

|\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

**15.1. Do total do tempo assinalado anteriormente, durante a semana (nos dias de aulas e/ou trabalho), quanto tempo passas a ver ou utilizar televisão, computador, tablet, telemóvel ou consolas de jogo durante os seguintes momentos do dia (assinalar '00:00' se não visualizar ecrãs nestes períodos)**

Depois de jantar e antes de te deitares |\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

Durante a noite, já na cama, com as luzes acesas |\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

Durante a noite, já na cama, com as luzes apagadas |\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

**16. Durante o fim-de-semana (nos dias livres), quanto tempo passas no total, por dia, a ver ou utilizar televisão, computador, tablet, telemóvel ou consolas de jogo?**

|\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

**16.1. Do total do tempo assinalado anteriormente, durante o fim-de-semana (nos dias livres), quanto tempo passas a ver ou utilizar televisão, computador, tablet, telemóvel ou consolas de jogo durante os seguintes momentos do dia** (assinalar '00:00' se não visualizar ecrãs nestes períodos).

Depois de jantar e antes de te deitares |\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

Durante a noite, já na cama, com as luzes acesas |\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

Durante a noite, já na cama, com as luzes apagadas |\_\_|\_\_| horas |\_\_|\_\_| minutos por dia

**17. Praticas algum tipo de atividade física de lazer ou atividade desportiva programada e de forma regular?**

Não (p18)  Sim

**17.1. Se sim, quantas vezes por semana e quanto tempo por cada sessão/treino?**

Atividade física lazer/desportiva	Competição	Nº de vezes por semana	Nº horas: minutos por sessão/treino
[lista pré-definida – ver excel]	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	__ __	__ __ : __ __  (hh:min)
[lista pré-definida – ver excel]	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	__ __	__ __ : __ __  (hh:min)
[lista pré-definida – ver excel]	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	__ __	__ __ : __ __  (hh:min)
[lista pré-definida – ver excel]	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	__ __	__ __ : __ __  (hh:min)
Outro. Qual? _____	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	__ __	__ __ : __ __  (hh:min)

## CRONÓTIPO DO SONO

Este questionário é acerca do teu comportamento de sono em dias de aulas/trabalho e em dias livres (dias de descanso). Responde com base no teu comportamento de sono normal, nas últimas 6 semanas.

**Notas:** “Aulas” referem-se a aulas de ensino escolar, ensino superior universitário ou politécnico. “Trabalho” refere-se a trabalho em regime part-time e full-time e não inclui trabalho ocasional.

**18. Nos últimos 3 meses, trabalhaste ou tens trabalhado por turnos (horário rotativo ou que varia semanal/mensalmente)?**

Não  Sim  Não se aplica (não trabalho)

**19. Nos últimos 3 meses, trabalhaste ou tens trabalhado no período noturno (qualquer número de horas entre as 20:00 de um dia e as 07:00 do dia seguinte)?**

Não  Sim  Não se aplica (não trabalho)

**20. Nas últimas 6 semanas, estiveste em período de férias (sem aulas nem trabalho)?**

Não  Sim

**20.1 .Se sim, quanto tempo?** \_\_\_\_\_ (dias)

**21. Nas últimas 6 semanas, normalmente, tiveste aulas e/ou trabalho |\_\_| dias/semana**

(Indica um número de 0 a 7 dias/semana)

**22. Nas últimas 6 semanas, sobre o teu comportamento de sono...**

**22.1 Nos DIAS DE AULAS ou TRABALHO...**

Se o teu comportamento de sono nos dias de aulas é diferente dos dias de trabalho, por favor estima uma média.

... normalmente adormeço às |\_\_|\_\_|h:|\_\_|\_\_|m (isto NÃO é quando vais para a cama!)

... normalmente acordo às |\_\_|\_\_|h:|\_\_|\_\_| (isto NÃO é quando saís da cama!)

**22.2 Usaste despertador em todos os DIAS LIVRES nas últimas 6 semanas?**

Não (p22.2.1)  Sim (p22.2.2)

**22.2.1 Se não, responde de acordo com o(s) DIA(S) habituais LIVRES em que não usas despertador. Se usares despertador apenas em alguns dos DIAS LIVRES, considera apenas os dias em que não usas despertador**

... normalmente adormeço às |\_\_|\_\_|h:|\_\_|\_\_|m (isto NÃO é quando vais para a cama!)

.... normalmente acordo às |\_\_|\_\_|h:|\_\_|\_\_|m (isto NÃO é quando saís da cama!)

**22.2.2 Se usaste sempre despertador, considera o que poderia ser os teus horários nos DIAS LIVRES se não tivesses usado.**

... normalmente adormeço às |\_\_|\_\_|h:|\_\_|\_\_|m (isto NÃO é quando vais para a cama!)

.... normalmente acordo às |\_\_|\_\_|h:|\_\_|\_\_|m (isto NÃO é quando saís da cama!)

**23. Nos dias livres, consegues escolher livremente os horários de sono?**

Não  Sim

**23.1. Se não, é devido a:**

Crianças ou animais de estimação

Hobbies

Outra, Por favor especifica \_\_\_\_\_

**ALIMENTAÇÃO**

**24. Pretendemos, agora, identificar o teu consumo alimentar no último ano. Refere quantas vezes, nos últimos 12 meses, em média, por dia, semana ou mês consumiste cada um dos seguintes alimentos indicados em baixo.**

- O questionário não inclui TODOS os alimentos que fazem parte da tua alimentação, mas uma lista selecionada.
- Não te esqueças 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, as cenouras no arroz, etc.).

I. P. LÁCTEOS	Nunca ou menos 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	4 ou mais vezes por dia
Leite com chocolate e/ou achocolatado	<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"/>
Leite de vaca (magro, meio-gordo, 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"/>
Iogurte (sólido ou líquido, excluindo as alternativas vegetais)	<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"/>
Queijo (de qualquer tipo)	<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"/>
Bebidas e iogurtes vegetais (ex. soja, aveia, amêndoa, coco)	<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"/>
II. OVOS, CARNES E PEIXES	Nunca ou menos 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	4 ou mais vezes por dia
Ovos (incluindo omeletas)	<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"/>
Carne branca (frango, 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"/>
Carne vermelha (porco, vaca, 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"/>
Peixe (todo o tipo de pescado, incluindo moluscos, mariscos, atum)	<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"/>
Substitutos da proteína animal (ex. soja, tofu, seitan, tempeh)	<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"/>
Salsichas (excluindo as alternativas vegetais)	<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"/>
Charcutaria (ex. fiambre, chouriço, salpicão, presunto, 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"/>
Snacks salgados (ex. croquetes, rissóis, bolinhos de bacalhau, douradinhos, nuggets)	<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"/>
Fast food (ex. pizza, sandwich de hambúrguer, cachorro, kebab)	<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"/>
III. HORTÍCOLAS E FRUTA	Nunca ou menos 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	4 ou mais vezes por dia
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"/>
Vegetais no prato (crus ou cozinhados)	<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"/>
Leguminosas (ex. feijão, ervilhas, soja, lentilhas)	<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"/>
Fruta fresca	<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"/>
Frutos oleaginosos, incluindo pastas (ex. amêndoa, avelã, noz, amendoim, pistachio)	<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"/>
IV. PÃO, CEREAIS E BATATA	Nunca ou menos 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	4 ou mais vezes por dia

Pão fresco (branco, integral, mistura, broa)	<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"/>
Pão de forma embalado, tostas, bolachas de arroz/milho	<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"/>
Cereais de pequeno-almoço (ex. aveia, granola, muesli, tipo corn-flakes, de chocolate) ou barras de cereais	<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"/>
Arroz, massa	<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"/>
Batata (não incluir frita de pacote, nem na sopa)	<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"/>
Batatas-fritas de pacote, <i>snacks</i> salgados como Cheetos®, Doritos®, 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"/>

V. DOCES E PASTÉIS	Nunca ou menos 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	4 ou mais vezes por dia
Bolachas (ex. maria, de água e sal, aveia, chocolate, wafers, 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"/>
Bolos (caseiros ou de pastelaria, incluindo croissants, donuts, panquecas)	<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"/>
Pastelaria salgada (ex. lanches, folhados, empadas)	<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"/>
Sobremesas doces (ex. pudins, gelados, mousses, natas do céu,...)	<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"/>
Chocolate, <i>snacks</i> de chocolate	<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"/>
Açúcar ou mel adicionado, incluindo em leite, chá, iogurtes, fruta	<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"/>
Marmelada, compota, geleia	<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"/>

VI. GORDURAS PARA BARRAR	Nunca ou menos 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	4 ou mais vezes por dia
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"/>
Margarina (incluindo creme de soja para barrar)	<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"/>

VII. BEBIDAS NÃO ALCOÓLICAS	Nunca ou menos 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	4 ou mais vezes por dia
Café, incluindo com leite	<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"/>
Colas (ex. Coca-Cola®, PepsiCola®)	<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"/>
Ice Tea®, Nestea®	<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"/>
Outros refrigerantes <u>com</u> ou <u>sem gás</u> (Sumol®, 7Up®, Sunquick®, B!®, Joy®, Frutis®, limonadas, águas aromatizadas)	<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"/>
Néctares de fruta embalados (Compal®, Bongo®)	<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"/>
Refrigerantes, sumos e néctares de fruta <u>light</u> ou <u>zero</u>	<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"/>
Sumos de fruta natural	<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"/>

VIII. BEBIDAS ALCOÓLICAS	Nunca ou menos 1	1 a 3 vezes	1 vez por	2 a 4 vezes	5 a 6 vezes	1 vez por	2 vezes	3 vezes	4 ou mais	Número de copos	Tipo de	Quantidade por copo
--------------------------	------------------	-------------	-----------	-------------	-------------	-----------	---------	---------	-----------	-----------------	---------	---------------------

	vez por mês	por mês	semana	por semana	por semana	dia	por dia	por dia	vezes por dia	em cada ocasião	copo
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"/>	—	—
Cerveja, incluindo sidra	<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"/>	—	—
	Nunca ou menos 1 vez por mês	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	4 ou mais vezes por dia	Número de copos em cada ocasião	
Shots ou bebidas brancas (ex. whisky, aguardente, brandy, rum, gin)	<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"/>	—	
Vinhos generosos e licores (ex. Vinho do Porto, ginjinha, Bailey's®)	<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"/>	—	

**25. Nos últimos 12 meses, tomaste algum suplemento alimentar ou nutricional (vitaminas, minerais ou suplementos dietéticos ou desportivos)?**

- Não (p.26)       Sim       Não sabe (p.26)

**25.1. Se sim, nos últimos 12 meses, com que frequência por dia, semana ou mês tomaste qualquer dos suplementos listados abaixo, e durante quanto tempo (em meses)?**

	Nunca	1 a 3 vezes por mês	1 vez por semana	2 a 4 vezes por semana	5 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	Duração (meses)	Não sabe
<b>Vitaminas</b>									
Suplemento de Vitamina C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Suplemento de Vitamina D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Suplemento de Vitamina K	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Suplemento de vitaminas do Complexo B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Suplemento de folato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Multivitamínico (com ou sem sais minerais)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
<b>Minerais</b>									
Suplemento de cálcio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Suplemento de ferro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Suplemento de magnésio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
<b>Outros suplementos</b>									
Suplemento de ácidos gordos (ex. óleo de peixe, óleo de onagra)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Preparações de probióticos ou prebióticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Suplementos desportivos (carnitina, creatina, aminoácidos, proteína, 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"/>
Suplementos para controlo de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>

peso e emagrecimento

Suplementos à base de melatonina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Suplemento de Geleia real/Própolis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Outro 1. Por favor indica .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Outro 2. Por favor indica .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>
Outro 3. Por favor indica .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	—	<input type="radio"/>

### CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

26. Bebes ou alguma vez bebeste bebidas alcoólicas?

Não (p30)  Sim

26.1. Se sim, bebeste nos últimos 12 meses?

Não (p27)  Sim

26.1.1. Se sim, bebeste nos últimos 30 dias?

Não (p30)  Sim

26.1.2. Se sim, atualmente com que frequência bebes bebidas alcoólicas?

- Bebo todos os dias
- Não bebo todos os dias, mas pelo menos 1 copo por semana
- Bebo menos de 1 copo por semana

27. Que idade tinhas quando experimentaste bebidas alcoólicas pela primeira vez? |\_\_|\_\_| anos

28. Quantas vezes bebeste 5 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (festa, saída à noite...)?

	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 a 5 vezes	6 a 9 vezes	10 ou mais vezes
Nos últimos <u>12 meses</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nos últimos <u>6 meses</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nos últimos <u>30 dias</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Alguma vez bebeste bebidas alcoólicas até ficares embriagado?

Não  Sim

23.1. Se sim, que idade tinhas quando isso aconteceu pela primeira vez? |\_\_|\_\_| anos

23.2. Se sim, nos últimos 12 meses, quantas vezes ficaste embriagado? |\_\_|\_\_|

### CONSUMO DE TABACO

**30. Fumas ou alguma vez fumaste?** (considera tabaco e produtos de tabaco assim como cigarros eletrónicos)

- Não (p39)     Sim

**30.1. Se sim, atualmente:**

- fumo pelo menos 1 vez por dia  
 fumo menos de 1 vez por dia  
 sou ex-fumador (deixaste de fumar há pelo menos 6 meses)  
 apenas experimentei (p39)

**31. Com que idade iniciaste o consumo de tabaco?** |\_\_|\_\_| anos

**32. [Se respondeu "ex-fumador" na 30.1.] Com que idade paraste de fumar?** |\_\_|\_\_| anos

**33. Indica qual o teu consumo atual (ou o consumo habitual quando fumavas):**

Tipo	Não fumo	Quantidade
Cigarros tradicionais (número)	<input type="radio"/>  __ __	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês
Tabaco aquecido (número)	<input type="radio"/>  __ __	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês
Cigarros eletrónicos (ex. "e-cigarro", "e-cachimbo", ...) (ml)	<input type="radio"/>  __ __	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês
Tabaco Shisha (número)	<input type="radio"/>  __ __	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês
Outro. Qual? _____	<input type="radio"/>  __ __	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês

*Aplicar aos fumadores regulares (pelo menos 1 vez por dia na 30.1.)*

**34. Quanto tempo depois de acordar fumas o primeiro cigarro ?**

- até 5 minutos     6 – 30 minutos     31 – 60 minutos     mais de 60 minutos depois

**35. Achas difícil absteres-te de fumar em locais onde é proibido?**

- Não     Sim

**36. De que cigarro seria mais difícil abdicares?**

- O primeiro da manhã     Qualquer outro

**37. Fumas mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar que durante o resto do dia?**

- Não     Sim

**38. Fumas mesmo quando estás tão doente que tens de ficar na cama a maior parte do dia?**

- Não     Sim

## QUALIDADE DE VIDA

**39.**  
Este questionário procura conhecer a tua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da tua vida.

Por favor, tem presente os teus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-te que tenhas em conta a tua vida nas duas últimas semanas.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalias a tua qualidade de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Até que ponto estás satisfeito(a) com a tua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiste certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as tuas dores (físicas) te impedem de fazer o que precisas de fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 (F11.3)	Em que medida precisas de cuidados médicos para fazer a tua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 (F4.1)	Até que ponto gostas da vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 (F24.2)	Em que medida sentes que a tua vida tem sentido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 (F5.3)	Até que ponto te consegues concentrar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 (F16.1)	Em que medida te sentes em segurança na tua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o teu ambiente físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentaste ou foste capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tens energia suficiente para a tua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11 (F7.1)	És capaz de aceitar a tua aparência física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 (F18.1)	Tens dinheiro suficiente para satisfazer as tuas necessidades?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 (F20.1)	Até que ponto tens fácil acesso às informações necessárias para organizar a tua vida diária?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 (F21.1)	Em que medida tens oportunidade para realizar atividades de lazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avalias a tua mobilidade [capacidade para te movimentares e deslocares por ti próprio(a)]?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se te sentiste bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspetos da tua vida nas duas últimas semanas.**

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto estás satisfeito(a) com o teu sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 (F10.3)	Até que ponto estás satisfeito(a) com a tua capacidade para desempenhar as atividades do teu dia-a-dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 (F12.4)	Até que ponto estás satisfeito(a) com a tua capacidade de trabalho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 (F6.3)	Até que ponto estás satisfeito(a) contigo próprio(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 (F13.3)	Até que ponto estás satisfeito(a) com as tuas relações pessoais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 (F15.3)	Até que ponto estás satisfeito(a) com a tua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 (F14.4)	Até que ponto estás satisfeito(a) com o apoio que recibes dos teus amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 (F17.3)	Até que ponto estás satisfeito(a) com as condições do lugar em que vives?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 (F19.3)	Até que ponto estás satisfeito(a) com o acesso que tens aos serviços de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 (F23.3)	Até que ponto estás satisfeito(a) com os transportes que utilizas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**A pergunta que se segue refere-se à frequência com que sentiste ou experimentaste certas coisas nas duas últimas semanas.**

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tens sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**40. Indica quantas vezes te sentes da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações.**

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1. Sinto falta de camaradagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sinto-me excluído(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sinto-me isolado(a) dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sou infeliz por ser tão retraído(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## EXPERIÊNCIAS POSITIVAS AO LONGO DA VIDA

### 41. Durante o teu desenvolvimento, nos teus primeiros 18 anos de vida...

	Não	Sim
1. Tiveste pelo menos um cuidador com quem te sentiste seguro/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tiveste pelo menos um bom amigo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tiveste crenças que te deram conforto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Gostaste da escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tiveste pelo menos um professor que se preocupou contigo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tiveste bons vizinhos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Houve um adulto (exceto um pai/cuidador ou pessoa da questão 1) que te pudesse dar apoio ou conselhos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tiveste oportunidade para te divertires?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gostavas de ti ou sentias-te confortável contigo próprio/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tiveste uma rotina doméstica previsível, como refeições e hora de dormir regulares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Podias falar com a tua família sobre os teus sentimentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentiste que a tua família ficou ao teu lado nos momentos difíceis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Gostavas de participar/fazer parte das tradições da tua comunidade/família?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ESCALA DE RESILIÊNCIA

42. Encontrarás sete opções de resposta desde Discordo Totalmente a Concordo Totalmente. Assinala a opção que melhor indica os teus sentimentos sobre essa afirmação.

	Discordo Totalmente	Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Discordo e nem Concordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Concordo Totalmente
1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2	Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Manter-me interessado/a nas atividades do dia-a-dia é importante para mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Posso estar por conta própria se for preciso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sou amigo/a de mim próprio/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Sou determinado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Raramente me questiono se a vida tem sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Vivo um dia de cada vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Tenho autodisciplina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Mantenho-me interessado/a nas coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspetivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Por vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	A minha vida tem um propósito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22	Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## SAÚDE

### 43. Nos últimos 12 meses, consultaste um profissional de saúde?

- Não (p44)       Sim       Não sabe (p44)

#### 43.1. Indique as especialidades e número de consultas:

Especialidade	Nº consultas
[abrir lista de especialidades]	_ _ _
[abrir lista de especialidades]	_ _ _
[abrir lista de especialidades]	_ _ _
Outra especialidade. Qual? _____	_ _ _

### 44. Alguma vez um(a) médico(a) te diagnosticou alguma doença? Não (p45)    Sim    Não sabe (p45)

#### 44.1. Se sim, quais as doenças que foram diagnosticadas e com que idade?

Doença	Com que idade?
[abrir lista de doenças]	_ _  anos
[abrir lista de doenças]	_ _  anos
[abrir lista de doenças]	_ _  anos
Outra doença. Qual? _____	_ _  anos

### 45. Nos últimos 12 meses, tomaste alguma medicação de forma crónica (continuada)?

- Não (p46)     Sim

#### 45.1. Se sim, qual(is) o(s) medicamento(s) e durante quanto tempo o(s) tomaste nos últimos 12 meses?

Nome	Dosagem	Forma farmacêutica	Nº unidades	Frequência	Durante quanto tempo tomaste nos últimos 12 meses
		<input type="radio"/> gotas <input type="radio"/> comprimidos/cápsulas <input type="radio"/> saquetas	_ _ , _	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês	_ _  meses e  _  semanas

		<input type="radio"/> puffs <input type="radio"/> injectável <input type="radio"/> tópico (creme/loção/spray)			
		<input type="radio"/> gotas <input type="radio"/> comprimidos/cápsulas <input type="radio"/> saquetas <input type="radio"/> puffs <input type="radio"/> injectável <input type="radio"/> tópico (creme/loção/spray)	_ _ , _	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês	_ _  meses e  _  semanas
		<input type="radio"/> gotas <input type="radio"/> comprimidos/cápsulas <input type="radio"/> saquetas <input type="radio"/> puffs <input type="radio"/> injectável <input type="radio"/> tópico (creme/loção/spray)	_ _ , _	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês	_ _  meses e  _  semanas
		<input type="radio"/> gotas <input type="radio"/> comprimidos/cápsulas <input type="radio"/> saquetas <input type="radio"/> puffs <input type="radio"/> injectável <input type="radio"/> tópico (creme/loção/spray)	_ _ , _	<input type="radio"/> dia <input type="radio"/> semana <input type="radio"/> mês	_ _  meses e  _  semanas

46. [apenas para raparigas] Nos últimos 12 meses, usaste algum dos seguintes métodos contraceptivos hormonais, mesmo que não tenha sido com o objetivo de contraceção?

Tipo de contraceptivo	Nome	Durante quanto tempo usaste nos últimos 12 meses
Oral (pílula) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		_ _  meses e  _  semanas
Anel vaginal <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		_ _  meses e  _  semanas
Sistema transdérmico (adesivo) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		_ _  meses e  _  semanas
Implante <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		_ _  meses e  _  semanas
Outros <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		_ _  meses e  _  semanas

47. Nos últimos 12 meses, foste a algum serviço de urgência?

Não (p48)  Sim  Não sabe (p48)

47.1. [Se sim], quantas vezes? |\_|\_|

47.2. [Se sim], Em que local(ais) e porque motivo(s)?

Não	Sim	Local	Motivo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde – SASU	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde – consulta aberta	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital Público	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital Privado	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outro local. Qual? _____	

**48. Nos últimos 12 meses, foste internado/a?**

- Não (p49)       Sim       Não sabe (p93)

48.1. [Se sim], quantas vezes? |\_\_| |\_\_|

48.2. [Se sim], Em que local(ais) e porque motivo(s)?

Não	Sim	Local	Motivo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital Público	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital Privado	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outro local. Qual? _____	

**49. Alguma vez tiveste uma fratura óssea?**

- Não (p50)       Sim       Não sabe (p50)

49.1. [Se sim],

**Local\***                      **Nº Fraturas**                      **Idade da fratura (anos)**

|\_\_| |\_\_|                      |\_\_| |\_\_|                      |\_\_| |\_\_| anos

|\_\_| |\_\_|                      |\_\_| |\_\_|                      |\_\_| |\_\_| anos

|\_\_| |\_\_|                      |\_\_| |\_\_|                      |\_\_| |\_\_| anos

\*Codificação do local:

- |                    |                  |            |               |              |
|--------------------|------------------|------------|---------------|--------------|
| 1. Anca            | 6. Coluna dorsal | 11. Joelho | 16. Tornozelo | 21. Esterno  |
| 2. Antebraço       | 7. Coluna lombar | 12. Mão    | 17. Outra     | 22. Sacro    |
| 3. Bacia           | 8. Costelas      | 13. Pé     | 18. Coxa      | 88. Não sabe |
| 4. Braço           | 9. Dedo da mão   | 14. Perna  | 19. Clavícula |              |
| 5. Coluna cervical | 10. Dedo do pé   | 15. Punho  | 20. Crânio    |              |

**50. Estás vacinado/a para o vírus do papiloma humano (HPV)?**

- Não       Sim       Não sabe

51. (Só para as raparigas) Com que idade tiveste a primeira menstruação? |\_|\_| anos

#### ASPECTOS RELACIONADOS COM A INFEÇÃO SARS-COV-2

52. Alguma vez tiveste diagnóstico de infeção por SARS-CoV-2 (PCR e/ou TrAg)?

Não (p52)  Sim

52.1. Quantas vezes tiveste diagnóstico? |\_|\_|

52.2. Em que data (mês e ano) tiveste o primeiro ou único diagnóstico? |\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

52.3. Em que data (mês e ano) tiveste o segundo diagnóstico? |\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

52.4. Em que data (mês e ano) tiveste o enésimo diagnóstico? |\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

53. Estiveste internado/a devido à infeção por SARS-CoV-2?

Não  Sim

54. (se a 46.2 >= 3 meses) Tiveste algum sintoma que associes à COVID-19 nos 3 primeiros meses após o diagnóstico?

(nota: aplicável a qualquer uma das infeções que teve há mais de três meses)

Não(p55)  Sim

54.1. Quanto tempo duraram os sintomas? |\_|\_|\_|\_|  dias  semanas  meses

54.2. Dos sintomas abaixo qual(ais) persistiram por dois meses ou mais? (considerar apenas sintomas que associes à COVID-19 e que não possam ser explicados por uma outra causa)

	Não	Sim
Cansaço excessivo ou exaustão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menos força do que o habitual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mais fraqueza do que o normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldades de concentração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pior memória do que o normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensações estranhas e desagradáveis na pele, como picadas, formigamento ou queimadura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de ar que limitava o que queria fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coração acelerado (palpitações) quando não estava a fazer exercício físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Outro. Qual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--------------	-----------------------	-----------------------

**55. Relativamente à vacinação contra a COVID-19. Já foste vacinado/a com pelo menos uma dose?**

- Não (p56)       Sim

**55.1. Fizeste todas as doses que te foram recomendadas da vacina para a COVID-19?**

- Não (p56)       Sim

**56. Por que é que optaste por não te vacinar ou não tomar outra(s) dose(s) da vacina? Por favor, indica todas as razões que se aplicam.**

	Não	Sim
Medo ou desconforto relativo aos efeitos secundários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não confio na segurança da vacina contra a COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não confio que a vacina contra a COVID-19 funcione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tive infeção SARS-CoV-2/COVID-19, por isso devo estar imune	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não estou preocupado/a em ser infetado/a com SARS-CoV-2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não confio nas autoridades políticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As vacinas em geral não são seguras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho uma condição médica ou alergia que faz com que não seja seguro ser vacinado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra razão. Qual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**57. Por favor indica a opção com a qual te identificas mais. Durante a pandemia de COVID-19:**

- Senti-me mais sozinho/a do que o habitual  
 Senti-me mais ligado/a às outras pessoas  
 Nunca me senti sozinho/a nem antes nem durante a pandemia  
 Senti-me tão sozinho/a como me sentia antes da pandemia

#### SINTOMATOLOGIA RESPIRATÓRIA

**58. Já alguma vez tiveste uma crise de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido quando não estavas constipado ou com gripe?**

- Não (p59)       Sim       Não sabe (p59)

**58.1.** Se sim, nos últimos 12 meses tiveste crises de espirros, corrimento nasal ou nariz entupido quando não estavas constipado ou com gripe?  Não (p59)  Sim  Não sabe (p59)

**58.2.** Se sim, nos últimos 12 meses esse problema no nariz foi acompanhado por olhos lacrimejantes e com comichão?  Não  Sim  Não sabe

**58.3.** Nos últimos 12 meses esse problema afetou as tuas atividades da vida diária?

- Nada
- Um pouco
- Mais ou menos
- Muito

**59. Já alguma vez tiveste rinite alérgica?**  Não  Sim  Não sabe

**60. Alguma vez um médico te diagnosticou asma?**  Não (p61)  Sim  Não sabe (p61)

*Uma crise de asma é uma alteração aguda nos sintomas da asma, que ocorre de repente e requer medicação extra ou intervenção que melhore os sintomas, para que possa respirar normalmente de novo. Os sintomas são tosse, pieira ou ambos com dificuldade em respirar. A pieira pode ser suficientemente grave para limitar a conversa a apenas uma ou duas palavras, entre duas respirações.*

**60.1.** Com que idade ocorreu a primeira crise de asma? |\_\_| |\_\_| idade em anos

**60.2.** Com que idade ocorreu a última crise de asma? |\_\_| |\_\_| idade em anos

**60.3.** Nos últimos 12 meses, foste a algum serviço de saúde por causa da pieira/gatinhos ou da asma?

- Não
- Sim
- Não sabe

**60.4.** Nos últimos 12 meses, ficaste internado alguma vez por causa da asma?

- Não
- Sim
- Não sabe

**60.5.** Nos últimos 12 meses, usaste para a asma ou falta de ar algum inalador?

- Não
- Sim
- Não sabe

**60.6.** Tomas atualmente (ou tomaste nos últimos 3 meses) algum medicamento para a asma (comprimidos, inaladores, nebulizadores ou outro)?

- Não
- Sim
- Não sabe

**60.7.** Durante o último mês, quantas vezes usaste os teus medicamentos para alívio rápido, em inalador ou nebulizador, como por exemplo, salbutamol?

- 3 ou mais vezes/dia
- 1 ou 2 vezes/dia
- 2 ou 3 vezes/semana
- 1 vez/semana ou menos
- Nunca

**60.8.** Durante o último mês, quanto tempo é que a asma te impediu de fazer as tuas tarefas habituais na escola/trabalho ou em casa?

- Sempre
- A maior parte do tempo
- Algum tempo
- Pouco tempo
- Nunca

**60.9.** Durante o último mês, quantas vezes tiveste falta de ar?

- Mais de 1 vez/dia
- 1 vez/dia
- 3 a 6 vezes/semana
- 1 a 2 vezes/semana
- Nunca

**60.10.** Durante o último mês, quantas vezes os sintomas da asma (pieira, tosse, falta de ar, aperto ou dor no peito) te fizeram acordar de noite ou mais cedo do que é costume de manhã?

- 4 ou mais noites/semana
- 2 ou 3 noites/semana
- 1 vez/semana
- 1 ou 2 vezes
- Nunca

**60.11.** Como avaliarias o controlo da asma no último mês?

- Não controlada
- Mal controlada
- Mais ou menos controlada
- Bem controlada
- Completamente controlada

**61.** Já alguma vez tiveste alterações na pele com comichão que apareciam e desapareciam, durante pelo menos 6 meses?

- Não (p62)
- Sim
- Não sabe (p62)

**61.1.** Se sim, tiveste estas alterações na pele com comichão nos últimos 12 meses?

- Não (p62)
- Sim
- Não sabe (p62)

**61.2.** Estas alterações na pele com comichão afetaram-te alguma vez qualquer uma destas partes: as dobras dos cotovelos, atrás dos joelhos, frente dos tornozelos, entre as nádegas ou à volta do pescoço, orelhas ou olhos?

- Não
- Sim
- Não sabe

61.3. Alguma vez durante os últimos 12 meses esta comichão passou completamente?

- Não  Sim  Não sabe

61.4. Nos últimos 12 meses quantas vezes, em média, acordaste a meio da noite por causa da comichão?

- Nunca  Menos de 1 noite por semana  1 ou mais noites por semana  Não sabe

62. Já alguma vez tiveste eczema?

- Não  Sim  Não sabe

63. Alguma vez te foi diagnosticado por um médico alergia a algum alimento?

- Não  Sim  Não sabe

63.1. Se sim, a que alimento(s)?

- Leite  
 Ovos (clara ou gema)  
 Amendoins/nozes/pinhões/etc.  
 Fruta  
 Peixe  
 Outro(s) alimento(s). Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
 Não sabe

63.2. Este diagnóstico foi efetuado com base numa prova de provocação oral com o alimento feito no hospital?

- |                                   |                           |                           |                                |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Leite                             | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não sabe |
| Ovos (clara ou gema)              | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não sabe |
| Amendoins/nozes/pinhões/etc.      | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não sabe |
| Fruta                             | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não sabe |
| Peixe                             | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não sabe |
| Outro(s) alimento(s), qual? _____ | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não sabe |

63.3. Que idade tinhas quando estes sintomas surgiram pela primeira vez? |\_\_|\_\_| idade em anos

63.4. Com que idade tiveste sintomas com a ingestão do alimento pela última vez? |\_\_|\_\_| idade em anos

63.5. Relativamente à reação mais grave associada à ingestão do alimento, quanto tempo depois ocorreram os sintomas?

- Até 2 horas após a ingestão  
 2 horas ou mais após a ingestão

64. Alguma vez o médico te disse que tinhas alergia à picada de abelhas/vespas?

- Não  Sim  Não sabe

65. Alguma vez fizeste testes na pele para saber a que é que eras alérgico?  Não  Sim  Não sabe

66. Alguma vez tiveste uma reação alérgica grave (anafilaxia)?  Não  Sim  Não sabe

67. Mudaste a alimentação por causa da asma ou de outras alergias?

Não

Sim

Não sabe

## QUESTIONÁRIO AIJ

68. Alguma vez tiveste uma articulação inchada (ex. mãos, joelhos, tornozelos), durante pelo menos um mês?

Não

Sim

Não sabe

69. Alguma vez tiveste dor nas articulações, durante pelo menos um mês (não relacionada com traumatismo, acidente ou queda)?

Não

Sim

Não sabe

70. Alguma vez tiveste dificuldade em fechar as mãos, movimentar os punhos, joelhos ou tornozelos?

Não

Sim

Não sabe

71. Há alguma atividade física que não sejas capaz de fazer, como correr, devido a algum problema nas articulações?

Não

Sim

Não sabe

72. Costumas acordar frequentemente com queixas nas articulações?

Não

Sim

Não sabe

73. Tens alguma articulação deformada?

Não

Sim

Não sabe

74. Já tiveste febre sem causa aparente, durante pelo menos um mês, seguida de inchaço ou dor nas articulações?

Não

Sim

Não sabe

75. Alguma vez tiveste uma vermelhidão no corpo seguida de inchaço ou dor nas articulações?

Não

Sim

Não sabe

76. Alguma vez te diagnosticaram uma doença dos ossos, músculos ou articulações?

Não

Sim

Não sabe

76.1. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

76.2. És seguido/a em algum serviço de saúde por esse motivo?

Não

Sim

Não sabe

76.3. Se sim, onde? \_\_\_\_\_

77. Alguma vez te diagnosticaram uma doença autoimune?

Não

Sim

Não sabe

77.1. Se sim, qual? \_\_\_\_\_

77.2. És seguido/a em algum serviço de saúde por esse motivo?

Não

Sim

Não sabe

77.3. Se sim, onde? \_\_\_\_\_