

Data:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ID Participante	<input type="text"/>
	DD	MM	AAAA		

QUESTIONÁRIO INICIAL

Este questionário está incluído no **estudo sobre a utilização medicação anti-retrovírica**, no qual aceitou participar.

O questionário tem como objectivo ajudar-nos a compreender como é que as pessoas utilizam estes medicamentos, quais as dificuldades que sentem com a medicação e qual a opinião que têm sobre a sua doença.

Não existem respostas certas ou erradas e a sua participação é confidencial.

Se tiver alguma dúvida, chame uma entrevistadora.
Por favor faça os possíveis para responder a todas as perguntas.

Instruções de Preenchimento	Para efeito de tratamento dos dados (leitura óptica), este questionário deve ser preenchido utilizando caneta ou esferográfica preta ou azul.	Para responder : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No caso de pretender corrigir : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	--

Não escrever nas caixas sombreadas (caixas cinzentas, exemplo: )

No final, a entrevistadora vai rever consigo eventuais dúvidas que tenha tido no preenchimento do questionário.

Desde já, muito obrigado pela sua colaboração!

Para começar, pedimos-lhe que nos indique alguma informação geral para caracterização sócio-demográfica

1. Qual é a sua data de nascimento?

		/			/				
DD			MM			AAAA			

2. Sexo?

- Masculino
- Feminino

3. Qual é a sua Nacionalidade? _____

--	--

4. Em que País nasceu? _____

--	--

5. Com qual etnia/raça se identifica mais?

- Branco de origem europeia
- Branco de origem não-europeia
- Negro
- Mulato
- Romani/Cigano
- Asiático, Indiano
- Asiático, Chinês/Japonês
- Outra _____

--	--

6. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro
- Casado / União de Facto(vive maritalmente há pelo menos 2anos)
- Divorciado
- Viúvo

7. Tem filhos menores a seu cargo?

- Sim
- Não

8. Mora sozinho?

- Sim
- Não -->8.a.Com quantas pessoas mora (contando consigo)?

--	--

8.b. Indique as pessoas com quem mora

- Marido/Esposa
- Filho/Filha --> Quantos?
- Mãe
- Irmão/Irmã
- Pai
- Outra pessoa de família
- Sogro/sogra
- Outra pessoa. Quem?
- Avô/Avó _____

--	--

10.a Qual o nível de ensino mais elevado que frequenta ou frequentou?

- Nenhum (0 anos)
- 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe (1-4 anos))
- 2º Ciclo do ensino básico (Preparatório (5-6 anos))
- 3º Ciclo do ensino básico (5º ano dos liceus (7-9 anos))
- Ensino secundário (7º ano dos liceus (10-12 anos))
- Ensino pós-secundário não superior (ou não terciário)
- Ensino superior universitário (bacharelato, licenciatura, mestrado)
- Doutoramento
- Não sabe / Não responde

10.b Quantos anos de escolaridade completou com aproveitamento?

--	--

anos de escolaridade

11. Nas últimas 2 semanas, qual foi a sua situação profissional?

- Desempregado
- Reformado
- Estudante
- Doméstico(a)
- Empregado
- Outra situação. Qual? _____

--	--

11.a. Se está empregado trabalha a partir de casa?

- Sim
- Não

11.b. Qual o seu horário regular de trabalho?

- Horário fixo: Das

 Horas às

 Horas
- Horário por turnos
- Outro. Qual? _____

--	--



12. As pessoas têm diferentes estilos de vida. As questões que se seguem referem-se à sua actividade física e ao seu consumo de álcool, tabaco e outros, nos últimos 30 dias.

12.a. Com que frequência faz exercício físico? (caminhada, natação, jogging, ciclismo, futebol, ténis, etc.)

- Diariamente
- Mais de 4 vezes por semana
- 3 a 4 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- 2 a 3 vezes por mês
- 1 vez por mês
- Nunca
- O médico aconselhou-me a não fazer exercício físico

12.b. Durante os últimos 30 dias e de uma forma geral, com que frequência ingeriu um bebida com álcool? Por bebida referimo-nos a uma lata ou copo de cerveja, um copo de vinho, digestivo ou bebida branca.

- Diariamente
- Mais de 4 vezes por semana
- 3 a 4 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- 2 a 3 vezes por mês
- 1 vez por mês
- Nunca -> Passar para a questão 13

12.c. Tendo em conta as ocasiões em que ingeriu bebidas com álcool, quantas bebidas em média consumiu numa mesma ocasião?

- 1 ou 2 bebidas por ocasião
- 3 ou 4 bebidas por ocasião
- 5 ou 6 bebidas por ocasião
- 7 ou 8 bebidas por ocasião
- 9 a 11 bebidas por ocasião
- 12 ou mais bebidas por ocasião

12.d. Durante os últimos 30 dias, com que frequência consumiu 5 ou mais bebidas alcoólicas, num período até 4 horas?

- Diariamente
- Mais de 4 vezes por semana
- 3 a 4 vezes por semana
- 1 a 2 vezes por semana
- 2 a 3 vezes por mês
- 1 vez por mês
- Nunca

13. Como caracteriza os seus hábitos tabágicos?

Nunca fumou

Deixou de fumar -

Há quanto tempo deixou de fumar? anos
(Se preferir indique o ano)

Fuma ocasionalmente -> Quantos cigarros por semana?

cigarros/semana

Fuma --> Quantos cigarros por dia?

cigarros por dia

13.b. Por favor indique "Sim" ou "Não" para cada pergunta, tendo em conta os últimos 6 meses.

	Sim	Não
Consumiu marijuana durante os últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumiu anfetaminas (speeds) durante os últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumiu cocaína durante os últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumiu heroína durante os últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Por favor marque "Sim" ou "Não"

	Sim	Não
Alguma vez esteve em tratamento com metadona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, está actualmente a fazer tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Responda às seguintes perguntas colocando um "X" no quadrado que achar mais apropriado.

Por favor escolha apenas uma opção para cada pergunta

As pessoas têm muitas vezes dificuldade em tomar a sua medicação de acordo com as indicações do médico. Por exemplo, algumas pessoas não conseguem tomar todos os comprimidos receitados no número de vezes indicadas.

1. Há quanto tempo está a tomar medicação anti-retrovírica?

- Esta foi a primeira consulta que me indicaram este tipo de medicação
- Há 3 meses ou menos
- Há 6 meses ou menos
- Há 12 meses ou menos
- Há mais de 12 meses

2. Nas afirmações que são apresentadas de seguida, qual a que melhor o descreve **actualmente**, em relação à toma da medicação anti-retrovírica?

- Eu não estou a tomar medicação e não estou a pensar começar a tomá-la como indicado
- Eu não estou a tomar medicação mas estou a pensar começar a tomá-la como indicado
- Eu não estou a tomar medicação mas vou começar a tomá-la como indicado
- Eu estou a tomar medicação como indicado.

3. Tendo em conta a **medicação anti-retrovírica** (para a infecção VIH/SIDA) até que ponto tem a certeza de que...

	Não tem qualquer certeza	Tem alguma certeza	Tem certeza	Tem a certeza absoluta
... a medicação terá um efeito positivo na sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... o VIH torna-se resistente caso não tome a medicação exactamente como prescrita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vai ser capaz de tomar toda a medicação tal como foi indicada pelo médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se vai iniciar a toma de medicação nesta consulta, passe para o Bloco C (na página 8)

4. Indique, por favor o nome dos medicamentos anti-retrovíricos que está a tomar neste momento.

Se não se lembrar do nome de algum medicamento, escreva "Não sei" na linha correspondente.

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____

Não me lembro do nome de nenhum medicamento

5. Existe algum medicamento que seja mais difícil tomar?

- Sim Não -> Passe para a Pergunta 6

5.b. Se sim, qual(uais) o(s) nome(s)? _____

5c. Porque motivo é difícil tomar esse medicamento?

- Sabor
- Horário
- Receio de efeitos adversos
- Incompatibilidade com o consumo de alimentos
- Incompatibilidade com o consumo de álcool/drogas
- Outro motivo. Qual? _____

6.	Nada/ Nenhum(a)	Pouca(a)	Algum(a)	Bastante	Muito(a)
Como avalia a quantidade de informação que tem sobre a medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como avalia os benefícios que a medicação lhe pode trazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em quanto é que a sua saúde melhorou desde que começou a medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual o grau de esforço que faz para cumprir a toma da sua medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como avalia a certeza de ser capaz de continuar com a medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto tempo gasta, relacionado com a toma da medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como avalia a intensidade dos efeitos secundários da medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qual o grau de dificuldade que sente ao tomar a medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Desde que iniciou o tratamento, em alguma ocasião deixou de tomar a sua medicação um dia completo ou mais de um dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente, toma a medicação à hora certa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando os resultados das análises são bons, o seu médico costuma utilizá-los para o motivar a continuar o tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Tem alguma estratégia para se lembrar de tomar a medicação?

Sim ---> Qual? _____

Não

--	--

9. Quando foi a última vez em que falhou alguma toma da medicação?

Durante a última semana

Há 1 ou 2 semanas atrás

Há 2 ou 4 semanas atrás

Há 1 ou 3 meses atrás

Há mais de 3 meses

Nunca deixou de tomar a medicação



10. As pessoas podem deixar de tomar a medicação por várias razões. Segue-se uma lista de possíveis razões pelas quais isso lhe possa ter acontecido.

Tendo em conta os **últimos 30 dias**, com que frequência não tomou a sua medicação...

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
... Por estar fora de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por estar ocupado com outras coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por se ter simplesmente esquecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por ter demasiados comprimidos para tomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por querer evitar efeitos secundários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por não querer que que outros notassem que toma a medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Porque teve uma alteração na sua rotina diária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por achar que o medicamento era tóxico/prejudicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por estar a dormir na altura de tomar a medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por se sentir doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por se sentir deprimido ou sobrecarregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por ter problemas com a toma da medicação em determinadas alturas (por ex. com as refeições, com o estômago vazio, etc.) exactamente como prescrita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Porque os comprimidos acabaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por se sentir bem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Por ter consumido álcool/drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Considere agora os **últimos 7 dias**, contando com o dia de ontem.

Em alguma ocasião...	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
... esqueceu-se de tomar a sua medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... tomou a sua medicação fora de horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... por se ter sentido melhor, deixou de tomar a sua medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... por se ter sentido pior depois de tomar a medicação, deixou de a tomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... por se ter sentido triste ou deprimido, deixou de tomar a sua medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



12. Algumas pessoas esquecem-se de tomar a sua medicação durante os fins-de-semana. No seu caso, falhou alguma da sua medicação anti-retrovírica no último fim-de-semana (último sábado ou domingo)?

- Sim
 Não

13. Considerando agora os **últimos 4 dias**, indique **quantos dias não tomou a sua medicação?**

Caso tenha tomado apenas uma parte da medicação (por exemplo: apenas 1 comprimido, quando teria de tomar 3 comprimidos) em um ou mais dias, por favor considere esses dias como não tendo tomado a sua medicação.

- Nenhum dia 1 dia 2 dias 3 dias 4 dias

13.a. A maior parte da medicação anti-retrovírica tem que ser tomada segundo um esquema, por ex. "2 vezes por dia" ou "3 vezes por dia" ou "de 8 em 8 horas". Considerando os **últimos 4 dias**, com que frequência cumpriu o esquema específico da sua medicação?

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

13.b. Alguma da sua medicação anti-retrovírica tem instruções especiais, tais como "tomar com comida" ou "com o estômago vazio" ou "com muitos líquidos"?

- Sim
 Não

13.c. Se sim, com que frequência seguiu essas instruções especiais nos **últimos 4 dias?**

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

14. Em geral, como avalia a sua satisfação com a medicação desde que a começou a tomar?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Que avaliação faz de si mesmo relativamente à toma da medicação?

Nada Cumpridor	Pouco Cumpridor	Moderadamente Cumpridor	Bastante Cumpridor	Muito Cumpridor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Até que ponto está satisfeito com a relação que tem com o médico que o acompanha na infecção VIH/SIDA?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Obrigada pela informação que indicou até agora.

Gostaríamos agora de conhecer a sua opinião sobre a sua doença

1. A pergunta seguinte refere-se à forma como pensa ter sido infectado(a) pelo VIH.
Assinale com um X a opção que melhor se aplica ao seu caso. Pode assinalar mais que uma opção, se necessário.

- Relações sexuais com um homem que era VIH+
- Relações sexuais com uma mulher que era VIH+
- Partilha de seringas com uma pessoa que era VIH
- Transfusão sanguínea ou outro procedimento médico
- Outro (acidente no trabalho, etc.) Qual? (especifique) _____

--	--

A seguir, apresentamos uma lista de sintomas que poderá ter tido ou não desde o início da sua doença.

2. Por favor indique (sim ou não) se **já teve** algum destes sintomas desde o início da sua doença, e se acha que estes sintomas **estão relacionados** com ela.

	Desde o início da sua doença, já teve este sintoma?		Se sim, já teve este sintoma, acha que ele está relacionado com sua doença?		
Dores	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Dores de garganta	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Náuseas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Falta de ar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Perda de peso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Fadiga (cansaço)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Rigidez das articulações	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Olhos inflamados	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Dificuldade em respirar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Dores de cabeça	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Indisposição de estômago	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Dificuldade em dormir	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Tonturas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma
Perda de forças	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não tive este sintoma



3. De seguida, apresentamos um conjunto de afirmações sobre a forma com as pessoas vêem a sua própria doença.

Pedimos-lhe que indique em que medida concorda ou discorda com cada afirmação, colocando um X no quadrado que ache apropriado.

	Discorda Plenamente	Discorda	Não Concorda Nem Discorda	Concorda	Concorda Plenamente
A minha doença dura pouco tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença parece ser mais permanente que temporária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença vai durar muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta doença vai passar depressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acho que a minha doença vai durar para o resto da minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença é grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença tem grandes consequências para a minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença não tem grande efeito na minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença afecta seriamente a forma como os outros me veem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença tem sérias consequências económicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença causa dificuldades aqueles que me são próximos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há muita coisa que eu posso fazer para controlar os meus os sintomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O que eu faço pode determinar se a minha doença melhora ou piora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A evolução da minha doença depende de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada do que eu faça irá afectar a minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu tenho o poder de influenciar a minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As minhas acções não terão qualquer efeito no resultado da minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença vai melhorar com o tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há pouco que se possa fazer para melhorar a minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento é eficaz na cura da minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os efeitos negativos da minha doença poderão ser prevenidos ou evitados pelo tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tratamento pode controlar a minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Discorda Plenamente	Discorda	Não Concorda Nem Discorda	Concorda	Concorda Plenamente
Não há nada que possa ajudar a minha situação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os sintomas da minha doença confundem-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença é um mistério para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não compreendo a minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença não faz qualquer sentido para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho uma ideia clara sobre a minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os sintomas da minha doença mudam bastante de dia para dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os sintomas da minha doença vêm e vão em ciclos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença é muito imprevisível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença passa por fases em que melhora ou piora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico deprimido(a) quando penso sobre a minha doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando penso sobre a minha doença fico perturbado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença faz-me sentir zangado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença não me preocupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ter esta doença torna-me ansioso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha doença faz-me sentir medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bloco D

As questões seguintes referem-se ao sente sobre as suas **relações interpessoais e ao apoio** para a toma da medicação

1. Com que frequência os seus amigos ou familiares o ajudam a recordar-se da toma da medicação?(caso ninguém tenha conhecimento da sua infecção assinale "não se aplica")

Não se Aplica	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



2. Em geral, qual é a sua satisfação com o apoio que recebe por parte dos seus amigos e familiares?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. A seguir vai encontrar várias afirmações sobre relações interpessoais. Pedimos que marque com uma cruz (X) a opção que melhor qualifica a sua forma de pensar.

Por exemplo:

Na primeira afirmação, se você pensa sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar **Concordo Totalmente**; se acha que nunca pensa isso, deverá assinalar **Discordo Totalmente**.

Tendo em conta a <u>última semana</u>	Discorda Plenamente	Discorda	Não Concordo Nem Discorda	Concorda	Concorda Plenamente
Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, partidos políticos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Por último, pedimos-lhe que tendo em conta os últimos 7 dias e de uma forma geral, leia cada uma das afirmações abaixo e marque com uma X a opção que mais se aplicou a si. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A afirmação...	Não se Aplicou a mim	Aplicou-se a mim Algumas Vezes	Aplicou-se a mim Muitas Vezes	Aplicou-se a mim Maior Parte das Vezes
...Tive dificuldades em me acalmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti a minha boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti dificuldades em respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti tremores (por ex., nas mãos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti que não tinha nada a esperar do futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Dei por mim a ficar agitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti dificuldade em me relaxar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti-me desanimado e melancólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti-me quase a entrar em pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti que não tinha muito valor como pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti que por vezes estava sensível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Senti que a vida não tinha sentido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Até que ponto as perguntas do questionário foram claras para si?

Pouco Claras	Claras	Muito Claras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada pela sua participação.

