

Data: / /

DD MM AAAA

ID Participante

QUESTIONÁRIO SEGUIMENTO

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, qual a opinião que têm sobre a sua doença e sobre os cuidados de saúde que recebem.

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 retomar a sua participação neste estudo, pedimos-lhe que nos informe sobre possíveis alterações quanto à caracterização sócio-demográfica.

1. Desde o último questionário, teve alguma mudança no seu estado civil?

- Não
- Sim -> Solteiro
- Casado / União de Facto
- Divorciado
- Viúvo

2. Desde o último questionário, passou a ter filhos menores a seu cargo?

- Não
- Sim

3. Desde o último questionário, teve alguma modificação relativamente às pessoas com quem mora?

- Não
- Sim

3.a. Se sim, indique por favor com quem mora agora :

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

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

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

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

- Não
- Sim

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

- Horário fixo: Das Horas às Horas
- Horário por turnos
- Outro. Qual?

5. 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.

5.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

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

- 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 6

5.c. Durante os últimos 30 dias e de uma forma geral, quantas bebidas consumiu por dia? Por bebida referimo-nos a uma lata ou copo de cerveja, um copo de vinho, digestivo ou bebida branca.

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

5.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



6. Por favor indique "Sim" ou "Não" para cada pergunta, tendo em conta os últimos 30 dias.

	Sim	Não
Consumiu marijuana durante os últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumiu anfetaminas (speeds) durante os últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumiu cocaína durante os últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumiu heroína durante os últimos 30 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Por favor marque "Sim" ou "Não"

	Sim	Não
Está actualmente a fazer tratamento com Metadona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bloco B

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. 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.

2.

	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"/>



3.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Desde que iniciou o tratamento, em alguma ocasião deixou de tomar a sua medicação um dia completo ou mais?	<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"/>

4. 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

5. As pessoas podem ter dificuldade em tomar todos os medicamentos anti-retrovíricos. Na tabela que se seguinte 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).

- Para cada medicamento, indique quantas doses não tomou ou tomou fora de horas nos diferentes períodos.

Nome dos Medicamentos Anti-Retrovíricos	Quantas Doses não tomou ou tomou fora de horas ...			
	Ontem	Há 3 Dias Atrás	Há 4 Dias Atrás	Há 7 Dias Atrás
1- _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Não escrever abaixo desta linha, por favor.

1- 2- 3- 4- 5- 6-



6. Existe algum medicamento que seja mais difícil tomar?

- Sim Não -> Passe para a Pergunta 7

--	--

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

6c. Porque motivo é difícil tomar esse medicamento?(indique por favor a opção mais relevante.)

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

--	--

Gostaríamos de conhecer melhor os eventuais problemas que tenha tido com a toma da medicação, em diferentes períodos de tempo.

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

7.a. Em alguma ocasião esqueceu-se de tomar a sua medicação?

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

7.a. Se em alguma ocasião esqueceu-se de tomar a sua medicação, mesmo que raramente, indique o motivo:

--	--

7.b. Em alguma ocasião tomou a sua medicação fora de horas?

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

7.b. Se em alguma ocasião tomou a sua medicação fora de horas, mesmo que raramente, indique o motivo:

--	--

7.c. Nos **últimos 7 dias**, contando com o dia de ontem.

Em alguma ocasião...	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
... 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"/>

8. 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



9. 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

9.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"/>

9.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

9.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"/>

10. 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"/>

11. 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"/>

12. Alguma vez recebeu algum tipo de apoio para a toma de medicação anti-retrovírica?

- Sim Não

12. a. Se sim, indique por favor de quem recebeu apoio? (Pode assinalar mais que uma opção).

- Familiar Psicólogo/a na consulta Farmacêutico Enfermeiro(a)
 Amigos Consulta de Adesão Médico(a) Outro.Qual? _____

--	--

12. b. Actualmente está a receber algum tipo de apoio para a toma da medicação?

- Sim Não

12. c. Se sim, indique por favor de quem recebeu apoio? (Pode assinalar mais que uma opção).

- Familiar Psicólogo/a na consulta Farmacêutico Enfermeiro(a)
 Amigos Consulta de Adesão Médico(a) Outro.Qual? _____

--	--



Gostaríamos de saber a sua opinião acerca da medicação anti-retrovírica

Apresentamos a seguir afirmações que outras pessoas fizeram sobre a sua medicação anti-retrovírica.

Indique, por favor, até que ponto concorda ou discorda delas assinalando com uma X resposta que mais se adequa ao seu caso.

13.	Discorda Plenamente	Discorda	Não Concorda Nem Discorda	Concorda	Concorda Plenamente
Actualmente, a minha saúde depende da medicação anti-retrovírica que me foi prescrita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupa-me ter que tomar esta medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha vida seria impossível sem esta medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sem esta medicação eu ficaria muito doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo desta medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta medicação é um mistério para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No futuro, a minha saúde vai depender desta medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta medicação perturba a minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por vezes, preocupa-me poder ficar demasiado dependente desta medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta medicação protege-me de ficar pior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta medicação provoca-me efeitos secundários desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mim, é difícil tomar a medicação a horas todos os dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar esta medicação é embaraçoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não tomar esta medicação durante um dia não tem importância a longo prazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta medicação aumenta a esperança no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conciliar a toma desta medicação com as refeições não constitui problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não é provável que eu tenha um efeito secundário desagradável causado por esta medicação durante o próximo mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar esta medicação está a ser muito pior do que esperava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recebi informação suficiente sobre a medicação anti-retrovírica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta medicação mantém-me vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O gosto da medicação anti-retrovírica faz-me sentir mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



14.	Discorda Plenamente	Discorda	Não Concorda Nem Discorda	Concorda	Concorda Plenamente
Eu sei como é suposto tomar cada um dos meus medicamentos anti-retrovíricos (por exemplo: tomar ou não com alimentos ou outros medicamentos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sei o que fazer se falhar uma toma de medicação anti-retrovírica (por exemplo: tomar ou não tomar mais tarde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deixar de tomar a medicação anti-retrovírica de vez em quando provavelmente não fará mal à minha saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sei quais os possíveis efeitos secundários da minha medicação anti-retrovírica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde que eu me sinta saudável, não há problema em esquecer de tomar a medicação anti-retrovírica de vez em quando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu percebo como funciona a minha medicação anti-retrovírica no meu corpo, para combater o VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se eu não tomar a minha medicação anti-retrovírica como prescrita, este tipo de medicação pode vir a não funcionar em mim, no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu acredito que, se tomar a minha medicação anti-retrovírica como foi prescrita, eu vou viver mais tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sei como a minha medicação anti-retrovírica interage com álcool e com drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu fico preocupado que as outras pessoas saibam que eu tenho VIH, por me verem a tomar a minha medicação anti-retrovírica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu fico frustrado com a toma da medicação anti-retrovírica porque tenho de planear a minha vida em função dela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não gosto de tomar a medicação anti-retrovírica porque ela me lembra que eu tenho VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sinto que o meu médico considera o que eu preciso quando me diz quais os medicamentos anti-retrovíricos a tomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A maioria das pessoas que são importantes para mim e que sabem que tenho VIH, ajuda-me a tomar a minha medicação anti-retrovírica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O meu médico não me dá o apoio suficiente para a toma da medicação anti-retrovírica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me frustrado quando penso que terei de tomar esta medicação anti-retrovírica todos os dias, no resto da minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu estou preocupado que esta medicação anti-retrovírica que me foi prescrita me faça mal à saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturba-me que esta medicação anti-retrovírica prescrita possa afectar o meu aspecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturba-me que esta medicação anti-retrovírica prescrita possa causar efeitos secundários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem momentos quando bebo álcool ou drogas em que é difícil tomar a medicação anti-retrovírica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



15. Até que ponto é difícil ou fácil para si...

	Muito Difícil	Difícil	Às Vezes É Fácil Às Vezes É Difícil	Fácil	Muito Fácil
...estar informado sobre a medicação anti-retrovírica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ter a ajuda necessária dos outros para tomar a medicação anti-retrovírica (por exemplo: amigos, família, médico, farmacêutico, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ir levantar a sua medicação anti-retrovírica sem a deixar acabar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tomar a medicação anti-retrovírica quando está envolvido no que está a fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...lidar com os efeitos secundários da toma a medicação anti-retrovírica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...lembrar-se de tomar a medicação anti-retrovírica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tomar a medicação anti-retrovírica quando os comprimidos são difíceis de engolir, sabem mal ou o fazem sentir-se mal do estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fazer com que a medicação anti-retrovírica faça parte da sua rotina diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tomar a medicação anti-retrovírica quando existe uma mudança na sua rotina diária (por exemplo, quando viaja ou quando vai sair com os amigos,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tomar a medicação anti-retrovírica quando não se sente bem emocionalmente (por exemplo, quando está triste, zangado, nervoso ou stressado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tomar a medicação anti-retrovírica quando se sente bem fisicamente e não tem nenhum sintoma da infecção por VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...tomar a medicação anti-retrovírica quando <u>não</u> se sente bem fisicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...falar com o seu médico sobre a medicação anti-retrovírica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... falar com o seu médico sobre a sua vida sexual, consumo de álcool ou consumo de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... confiar no seu médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Da seguinte lista, assinale os profissionais de saúde que fazem parte da sua **Equipa de Saúde** que o acompanha neste serviço, quanto à infecção por VIH.

- Médico Psicólogo Outro. Qual _____
- Técnico de Serviço Social Nutricionista Não sabe / Não responde
- Enfermeiro Farmacêutico

--	--



17. Pedimos-lhe que leia com atenção as seguintes afirmações e que assinale com um X a hipótese que melhor descreve em que medida concorda ou discorda em relação a cada afirmação

	Discorda Plenamente	Discorda	Não Concorda Nem Discorda	Concorda	Concorda Plenamente
Acredito que a minha Equipa de Saúde está bem informada em relação à infecção VIH/SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde esforça-se para me tratar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredito que a minha Equipa de Saúde está motivada em ajudar-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde preocupa-se com a minha saúde em geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredito que a minha Equipa de Saúde sabe bastante sobre medicamentos para o VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredito que recebo os melhores cuidados de saúde disponíveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde é preguiçosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde está bem informada em relação a novos tratamentos para o VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredito que a minha Equipa de Saúde se preocupa comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde dá-me apoio\suporte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde encoraja-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde é prestável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde faz-me sentir à vontade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde está comigo o tempo suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde é sensível em relação ao que sinto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde acha-me uma má pessoa porque tenho VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde dá importância à minha opinião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acredito que a minha Equipa de Saúde me acha estúpido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A minha Equipa de Saúde faz juízos sobre mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



18. Como avalia a sua satisfação com o médico que o acompanha para o VIH em relação ...

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
... à informação dada sobre como tomar correctamente a sua medicação anti-retrovírica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à compreensão dos seus problemas com a toma da medicação anti-retrovírica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à ajuda dada para resolver os seus problemas com a toma correcta da medicação anti-retrovírica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à forma como explica os resultados dos testes laboratoriais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à explicação sobre os benefícios e os riscos com o tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à informação dada sobre o que fazer se acontecerem determinados sintomas ou problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ao apoio que lhe demonstra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... à compreensão das suas dúvidas e preocupações com a saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. 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"/>

20. Recomendaria o médico que o acompanha para a infecção VIH a outras pessoas?

Definitivamente Não	Provavelmente Não	Não tenho a Certeza	Provavelmente Sim	Definitivamente Sim
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Chegámos ao final deste questionário dando por concluída a sua participação. Para melhor planeamento de estudos futuros, até que ponto as perguntas foram claras para si?

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

22. Estaria disponível para continuar a participar neste estudo? Sim Não

22.a. Se sim, por mais quantos meses? meses

Muito Obrigada pela sua participação no estudo!

