



Questionário

CARATERIZAÇÃO E DIAGNÓSTICO DOS SENIORES DO CONCELHO DA LOUSÃ

O Município da Louçã está a realizar um estudo de caracterização dos seniores do seu Concelho. O objetivo do estudo é conhecer e diagnosticar as necessidades dos cidadãos com mais de 60 anos. O conhecimento que pretendemos obter é extremamente importante para ajudar a definir políticas públicas que correspondam às necessidades da população. A sua participação é muito importante, mas é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade. O estudo só terá validade se um número elevado de pessoas aceitar responder. Por isso, a sua colaboração é tão importante. Não há respostas certas ou erradas. Desde já agradecemos o tempo que nos irá disponibilizar.

Antes de começar agradecemos que assine a seguinte declaração de consentimento informado.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Eu, _____, venho por este meio **Autorizar/Não Autorizar** (riscar o que não interessa) a Recolha de Dados. Fui informado/a de que os dados recolhidos tem como objetivo a *Caracterizar e diagnosticar os seniores do município da Louçã* e que as informações que prestarei serão confidenciais e serão apenas usados para fins de análise estatística, de acordo com as Leis de Proteção de Dados de Portugal (Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro).

Lousã, ____/____/____

Assinatura: _____

Na impossibilidade do próprio proceder à assinatura, a mesma será efetuada, após consentimento verbal, pelo técnico responsável pela aplicação do questionário.

Lousã, ____/____/____

Assinatura: _____

N.º do questionário: _____

Número do Cartão Municipal Sénior: _____

1. Nome: _____ 2. Idade: _____
3. Sexo: (1) Masculino (0) Feminino
4. Nome do cônjuge: _____
5. Morada: _____
6. Freguesia: _____ Código Postal: _____
7. Contato telefónico: _____
8. O telefone/telemóvel é do próprio? (1) Sim (0) Não
9. Se respondeu Não, é de quem? _____
10. Faz os contactos telefónicos sozinha/o? (1) Sim (0) Não
11. Naturalidade: _____ 12. Nacionalidade: _____

Formação

1. Quais as habilitações escolares que possui?
- (1) Não sabe ler nem escrever
 - (2) Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
 - (3) 4.^a classe (1.^o ciclo do ensino básico)
 - (4) Ensino preparatório (2.^o ciclo do ensino básico)
 - (5) 9.^o ano (3.^o ciclo do ensino básico)
 - (6) 12.^o ano (ensino secundário)
 - (7) Curso médio
 - (8) Curso superior
- Anos de escolaridade _____
2. Completou o nível de ensino? (1) Sim (0) Não

Recursos Sociais

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos

1. Qual é o seu estado civil:

- (1) Solteiro/a
- (2) Casado/a ou em união de facto
- (3) Viúvo/a
- (4) Divorciado ou separado/a

2. Quem vive consigo em sua casa?

(assinalar as várias respostas dadas)

- (1) Vive sozinho(a)
- (2) Cônjuge
- (3) Filhos/as
- (4) Netos/as
- (5) Pais ou sogros
- (6) Irmãos ou cunhados
- (7) Outros familiares
- (8) Amigos
- (9) Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si (sem ser familiar)
- (10) Outros. Especificar _____

3. Número de elementos do agregado familiar?

N.º _____

4. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir a casa delas visitá-las nas suas casas?

N.º _____

5. A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? (se não tem telefone mantém-se a pergunta)

N.º _____

6. A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram a fazer algo juntos?

N.º _____

7. Tem alguém em quem possa confiar?

(1) Sim (0) Não

8. Sente-se sozinho/a?

- (1) Muitas vezes / sempre
- (2) Algumas vezes
- (3) Quase nunca / nunca

9. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?

(1) Sim (0) Não

10. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? (refere-se a ajuda social, não económica)

(1) Sim (0) Não

11. Há alguém que possa cuidar de si?

- (1) Sempre que necessário (tanto tempo quanto necessário)
- (2) Por pouco tempo (de poucas semanas a seis meses)
- (3) Às vezes (levar ao médico, preparar uma refeição, etc..)

12. Quem são essas pessoas? (assinalar as várias respostas dadas)

- Cônjuge
- Irmão
- Filhos
- Netos
- Outro parente
- Amigo
- Outros *especificar* _____

Situação Económica e Profissional

1. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?

(assinalar as várias respostas dadas e as quantias)

- (1) Do emprego ou negócio _____ €
- (2) Rendimentos de capital e/ou rendas de património _____ €
- (3) Pensão de invalidez _____ €
- (4) Pensão de sobrevivência _____ €
- (5) Pensão de velhice _____ €
- (6) Pensão unificada _____ €
- (7) Complemento de pensão por cônjuge a cargo _____ €
- (8) Subsídio de acompanhante _____ €
- (9) Subsídio por assistência a terceira pessoa _____ €
- (10) Pensão social _____ €
- (11) Complemento solidário a Idosos _____ €
- (12) Outras pensões provenientes de fundos profissionais _____ €
- (13) Pensão de alimentos (em caso de separação ou divórcio) _____ €
- (14) Ajuda financeira regular por parte de membros da família *(inclui contribuições regulares por parte dos filhos empregados)* _____ €
- (15) Outros *especificar* _____ €

2. Quais são as suas despesas mensais?

- (1) Habitação _____ €
- (2) Empréstimos _____ €
- (3) Água _____ €
- (4) Luz _____ €
- (5) Gás _____ €
- (6) Transportes _____ €
- (7) Saúde _____ €
- (8) Educação _____ €
- (9) Outros *especificar* _____ €

3. Rendimento Per Capita

$$R = \frac{\text{Rendimentos} - \text{Despesa}}{\text{N}^\circ \text{ elementos agregado}}$$

R= _____

Capitação = _____

Escalão a atribuir:

A-Rendimento Per Capita até 189.00€

B-Rendimento Per Capita de 189.00€ a 300.00€

C-Rendimento Per Capita de 301.00€ a 500.00€

D-Rendimento Per Capita superior a 500.00€

4. Qual a atividade profissional que exerce/exercia? _____

5. Quem gere a sua reforma e/ou o seu rendimento?

- (1) Próprio
- (2) Cônjuge
- (3) Filhos
- (4) Outros familiares
- (5) Instituições
- (6) Pessoa da comunidade
- (7) Outros *especificar* _____

6. Tem apoio económico dos seus familiares?

(1) Sim (0) Não

7. Dá apoio económico aos seus familiares?

(1) Sim (0) Não

8. Tem conhecimento das ofertas que pode usufruir com o Cartão Municipal Sénior no comércio local?

(1) Sim (0) Não

9. Se respondeu NÃO, porquê?

10. Neste âmbito, já usufruiu dos descontos efetuados pelas lojas aderentes a esta iniciativa? (1) Sim (0) Não

Situação Habitacional

1. Tipo de alojamento em que vive:

- (1) Alojamento privado
 (2) Alojamento institucional
 (3) Outro *especificar* _____

No caso de viver em **alojamento privado**, responda às questões:

2. Tipo de alojamento

- (1) Rural /Unifamiliar
 (2) Apartamento
 (3) Moradia
 (4) Quarto
 (5) Outro *especificar* _____

Quais são as infraestruturas que o alojamento onde vive possui?

3. Eletricidade

- (1) Sim (0) Não

4. Água

- (1) Sim (0) Não

5. Casa de Banho

- (1) Sim (0) Não

6. Esgotos

- (1) Sim (0) Não

7. Aquecimento adequado

- (1) Sim (0) Não

8. As dimensões da sua casa são suficientes para o agado familiar?

- (1) Sim (0) Não

9. A habitação onde reside tem barreiras arquitetónicas?

- (1) Sim (0) Não

10. Caso responda **SIM** à pergunta anterior, identifique quais as barreiras arquitetónicas:

- (1) Escadas
 (2) Portas
 (3) Casa de banho
 (4) Espaço reduzido
 (5) Outras *especificar* _____

11. Estas barreiras arquitetónicas dificultam-lhe a saída de casa?

- (1) Sim (0) Não

Qual é o estado de conservação da habitação:

12. Interior:

- (1) Mau
 (2) Razoável
 (3) Bom

13. Exteriores:

- (1) Mau
 (2) Razoável
 (3) Bom

14. Se respondeu **MAU**, por que razão não realiza obras de beneficiação?

- (1) Não é habitação própria
 (2) Dificuldades Económicas
 (3) Elevados custos da obra
 (4) Dificuldade em resolver sozinho/a
 (5) Problemas de saúde
 (6) Dificuldade em contactar profissionais
 (7) Outras *especificar* _____

Saúde

1. Sofre de algum problema de saúde?

(1) Sim (0) Não

2. É portador de alguma doença crónica (Ex. diabetes, hipertensão, bronquite, insuficiência renal, úlceras nas pernas, etc.)? (1) Sim (0) Não

Qual/Quais? _____

3. É portador de alguma limitação ou incapacidade? (1) Sim (0) Não

4. Caso responda **SIM**, indique a limitação e a frequência com que a sente no seu dia-a-dia e a que nível?

1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 - Algumas vezes e 4 - Frequentemente

Psíquica (depressão)

Mental

Visual

Auditiva

Linguagem/Comunicação

Motora/Locomoção

Multideficiência

Outra

	1	2	3	4
Psíquica (depressão)				
Mental				
Visual				
Auditiva				
Linguagem/Comunicação				
Motora/Locomoção				
Multideficiência				
Outra				

5. Frequenta regularmente as consultas do seu médico de família?

(1) Sim (0) Não

6. Se respondeu **SIM**, quais as razões:

(1) **Situações de emergência**

(2) **Consultas programadas**

(3) **Enfermagem**

(4) **Receitas/Exames**

(5) **Outras**

7. Recorre a consultas de especialidade ou seja, Consultas Hospitalares, consultórios particulares?

(1) Sim (0) Não

Qual/Quais? _____

Se respondeu **SIM**, que meio de transporte utiliza para se deslocar a essas consultas:

(1) Viatura própria

(2) Transportes Públicos

(3) Ambulância

(4) Viatura de familiares

(5) Outro

9. Toma medicação todos os dias?

(1) Sim (0) Não

10. Tem dificuldade em comprar os medicamentos que lhe são prescritos?

(1) Sim (0) Não

11. Se respondeu **SIM**, como faz?

(1) Pede ajuda a familiares/ vizinhos

(2) Não compra

(3) Compra mas tem de abdicar de outros bens

(4) Outra situação, qual? _____

12. Fuma? (1) Sim (0) Não

13. Se respondeu **SIM**:

(1) Regularmente

(2) Esporadicamente

14. Se respondeu **Regularmente**, quantos cigarros fuma por dia?

1 a 5 cigarros

6 a 10 cigarros

+ de 10 cigarros

Com filtro	Sem filtro

15. Bebe álcool? (1) Sim (0) Não

16. Se respondeu **SIM**:

(1) Regularmente

(2) Esporadicamente

17. Se respondeu **Regularmente**, qual a quantidade diária?

	Vinho	Cerveja	Bebidas Brancas	Outras
1 a 2 copos				
½ Litro				
1 Litro				
+1 Litro				

18. Como avalia a sua saúde? Diria que está...

- (1) Muito boa
 (2) Boa
 (3) Razoável
 (4) Má
 (5) Muito Má

Atividades da Vida Diária

1. Consegue utilizar o telefone?

- (1) Sem ajuda, incluindo procurar e marcar números
 (2) Com alguma ajuda
 (3) Ou não consegue usar o telefone?

2. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (por exemplo, pentear-se, barbear-se, maquilhar-se, etc)?

- (1) Sem ajuda
 (2) Ou precisa de ajuda para manter a aparência pessoal?

3. Consegue vestir-se?

- (1) Sem ajuda (incluindo botões, fechos, atacadores, etc)
 (2) Com alguma ajuda (consegue fazer parte sem ajuda)
 (3) Ou não consegue vestir-se?

4. Consegue utilizar a banheira ou o duche?

- (1) Sem ajuda
 (2) Ou precisa de alguma ajuda?

5. Consegue fazer as suas tarefas domésticas?

- (1) Sem ajuda (limpar o chão, etc)
 (2) Com alguma ajuda (consegue fazer as tarefas mais ligeiras, mas precisa de ajuda com as mais pesadas)
 (3) Ou não consegue fazer qualquer tarefa doméstica?

6. Consegue preparar as suas refeições?

- (1) Sem ajuda (planear e cozinhar sozinho(a) refeições completas)

- (2) Com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas não consegue cozinhar sozinho(a) refeições completas)
 (3) Ou não consegue preparar refeições?

7. Consegue alimentar-se?

- (1) Sem ajuda
 (2) Com alguma ajuda (cortar alimentos, espalhar manteiga, etc)

8. Consegue tomar os seus medicamentos?

- (1) Sem ajuda (nas doses corretas e às horas certas)
 (2) Com alguma ajuda (se alguém lhos preparar e/ou o lembrar de os tomar)
 (3) Ou não consegue tomar os seus medicamentos?

9. Tem acidentes com a sua bexiga (incontinência urinária)?

- (1) Não tem acidentes
 (2) Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por dia)
 (3) Ou tem acidentes frequentes (uma vez por dia ou mais) ou precisa de ajuda de uma algália?

10. Tem acidentes com os seus intestinos (incontinência fecal)?

- (1) Não tem acidentes
 (2) Tem acidentes ocasionais (menos de uma vez por semana)
 (3) Ou tem acidentes frequentes ou precisa que lhe seja administrado um clister?

11. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira sanitária)?

- (1) Sem ajuda (consegue chegar à sanita/cadeira sanitária, despir o necessário, limpar-se e sair)
- (2) Com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas, incluindo limpar-se)
- (3) Ou não consegue utilizar a sanita/cadeira sanitária?

12. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem ao lado uma da outra?

- (1) Sem ajuda
- (2) Com alguma ajuda
- (3) Ou não consegue deslocar-se?

13. Consegue deslocar-se dentro de casa?

- (1) Sem ajuda
- (2) Numa cadeira de rodas sem ajuda
- (3) Com alguma ajuda
- (4) Ou está acamado?

14. Consegue subir e descer escadas?

- (1) Sem ajuda (podendo usar qualquer ajuda técnica de auxílio à marcha)
- (2) Com alguma ajuda

- (3) Ou não consegue subir e descer escadas?

15. Consegue andar no exterior?

- (1) Sem ajuda
- (2) Com alguma ajuda
- (3) Ou não consegue andar no exterior?

16. Consegue ir às compras?

- (1) Sem ajuda (trata de todas as suas compras)
- (2) Com alguma ajuda (precisa que alguém vá consigo sempre que vai às compras)
- (3) Ou não consegue ir às compras?

17. Tem alguma dificuldade em deslocar-se a serviços públicos (tais como, consultório médico, farmácia, dentista)?

- (1) Não tem dificuldade
- (2) Com alguma ajuda
- (3) Ou não consegue deslocar-se a serviços públicos?

18. Consegue gerir o seu dinheiro e os seus assuntos financeiros?

- (1) Sim (0) Não

Equipamentos Sociais

1. Beneficia de apoio de alguma instituição?

- (1) Sim (0) Não

2. Se respondeu SIM, de qual?

- (1) Estrutura residencial para idosos (Quartos ou Apartamentos/Moradias)
- (2) Centro de Dia
- (3) Serviço de Apoio Domiciliário
- (4) Centro de Convívio
- (5) Outro *especificar* _____

3. Que tipo de resposta lhe é prestado?

- (1) Fornecimento refeições
- (2) Tratamento roupas
- (3) Administração de medicamentos
- (4) Apoio psicológico e emocional

- (5) Higiene pessoal
- (6) Higiene habitacional
- (7) Tratamentos de enfermagem e médicos
- (8) Outro *especificar* _____

4. Na sua opinião o que beneficia é suficiente face às suas necessidades?

- (1) Sim (0) Não

5. Caso tenha respondido NÃO, identifique o apoio que necessita:

- (1) Apoio à noite
- (2) Apoio aos fins-de-semana
- (3) Apoio aos feriados
- (4) Apoio permanente
- (5) Outro *especificar* _____

Participação Comunitária

1. Faz parte de alguma associação ou grupo? (1) Sim (0) Não

2. Se respondeu SIM, de que tipo?

- (1) Cultural e Recreativo
- (2) Desportivo
- (3) Social
- (4) Sindicato
- (5) Partido ou organização política
- (6) Voluntariado
- (7) Outras. Qual: _____

3. Participa ou participou em alguma atividade do Plano Municipal Sénior?

(1) Sim (0) Não

4. Como ocupa os seus tempos livres?

- (1) Pintura
- (2) Bordados, trabalhos manuais
- (3) Música
- (4) Inglês
- (5) Ateliers de Memória
- (6) Informática
- (7) Ginástica

- (8) Natação ou hidroginástica
- (9) Postura corporal
- (10) Dança e yoga
- (11) Caminhadas
- (12) Rancho sénior
- (13) Teatro e contos de estórias
- (14) Passeios
- (15) Ouvir rádio/música
- (16) Leitura de livros, revistas, jornais
- (17) Ver TV
- (18) Estar com os netos
- (19) Estar no café
- (20) Não faz nada
- (21) Outros

5. Que tipo de actividades gostava de fazer, que ainda não teve oportunidade?

Solidão / Isolamento / Segurança

1. Em caso de emergência a quem recorre?

- (1) Família
- (2) Vizinhos
- (3) Amigos
- (4) Instituição
- (5) Bombeiros
- (6) Serviços de saúde (INEM)
- (7) Outro

2. Considera que necessita da Teleassistência? (1) Sim (0) Não

3. Foi ou é vítima de violência (física, verbal, outra) / maus tratos?

(1) Sim (0) Não

4. Se respondeu SIM, apresentou queixa à GNR ou noutro serviço? (1) Sim (0) Não

5. Se respondeu SIM, a situação alterou-se? (1) Sim (0) Não

ESCALAS

AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE
QUESTIONÁRIO EQ-5D

Assinale com uma cruz (assim X), um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

► **Mobilidade**

- Não tenho problemas em andar ₁
 Tenho alguns problemas em andar ₂
 Tenho de estar na cama ₃

► **Cuidados pessoais**

- Não tenho problemas em cuidar de mim ₁
 Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me ₂
 Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ₃

► **Atividades habituais** (por exemplo, trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ₁
 Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ₂
 Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ₃

► **Dor/mal-estar**

- Não tenho dores ou mal-estar ₁
 Tenho dores ou mal-estar moderados ₂
 Tenho dores ou mal-estar extremos ₃

► **Ansiedade/depressão**

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ₁
 Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ₂
 Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ₃

© 1997 EuroQol Group

Versão Portuguesa, 1997, 2013.EQ-5D v2. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Inventário de Ansiedade Geriátrica (versão reduzida)
(Byrne & Pachana, 2011)

Por favor, responda às seguintes questões de acordo com o modo como se tem sentido durante a última semana:

	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo		
2. Fico muito incomodado(a) com coisas pequenas		
3. Vejo-me como uma pessoa preocupada		
4. Sinto-me muitas vezes nervoso(a)		
5. Muitas vezes os meus próprios pensamentos deixam-me nervoso(a)		

SWLS - (Tradução e Adaptação: Neto, Barros, & Barros, 1990)

Instruções: Mais abaixo, encontrará cinco afirmações, relativas ao modo como encara a sua vida, com as quais poderá concordar ou discordar. Usando a escala de 1 a 7, indique o seu grau de acordo com cada item, circundando o número que melhor traduza a sua opinião.

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo fortemente
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida que eu desejava.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5	6	7

Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) (Ribeiro et al., 2012)

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou +
1. Com quantos familiares contacta (ver ou falar) pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou +
1. Com quantos amigos contacta (ver ou falar) pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA – (versão 3)

(Russell, 1996)

Instruções: As seguintes afirmações descrevem como, por vezes, as pessoas se sentem. Para cada afirmação indique, por favor, com que frequência se sente da forma descrita, escrevendo um número no espaço previsto. Por exemplo: Com que frequência se sente feliz?

Se nunca se sentiu feliz, deve responder “nunca”, caso se sinta muitas vezes feliz deve responder “muitas vezes”.

NUNCA

RARAMENTE

**ALGUMAS
VEZES**

**MUITAS
VEZES**

1

2

3

4

Afirmações

- | | |
|--|--|
| 1. Com que frequência sente que está em “sintonia” com as pessoas que estão à sua volta? | |
| 2. Com que frequência sente falta de companheirismo? | |
| 3. Com que frequência sente que não tem ninguém com quem possa contar? | |
| 4. Com que frequência se sente só? | |
| 5. Com que frequência sente que faz parte de grupo de amigos? | |
| 6. Com que frequência sente que tem muito em comum com as pessoas que o rodeiam? | |
| 7. Com que frequência sente que não é próximo de ninguém? | |
| 8. Com que frequência sente que os seus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que o rodeiam? | |
| 9. Com que frequência sente que é expansivo/a e aberto/a? | |
| 10. Com que frequência se sente próximo dos outros? | |
| 11. Com que frequência se sente posto de parte? | |
| 12. Com que frequência sente que os seus relacionamentos com os outros não são realmente importantes? | |
| 13. Com que frequência sente que ninguém o conhece verdadeiramente? | |
| 14. Com que frequência se sente isolado dos outros? | |
| 15. Com que frequência sente que encontra companhia quando quer? | |
| 16. Com que frequência sente que há pessoas que realmente o compreendem? | |
| 17. Com que frequência se sente tímido? | |
| 18. Com que frequência sente que existem pessoas à sua volta mas que estas não estão consigo? | |
| 19. Com que frequência sente que existem pessoas com quem pode falar? | |
| 20. Com que frequência sente que existem pessoas a quem pode recorrer? | |