



Projeto: _____ Data: ____/____ (AAAA/MM) ID: _____

Preenchimento: Auto-preenchimento Com apoio Pelo inquiridor

Identificação da pessoa inquirida

Cartão Cidadão/Passaporte/Autorização Residência: _____ Nº utente SNS: _____

Este Inquérito pretende caracterizar os participantes do Projeto em termos gerais, mas também no que respeita a existência ou não de situações de isolamento e solidão. Neste sentido, solicitamos a sua colaboração na resposta às questões que a seguir se colocam.

O Inquérito é anónimo e confidencial e todos os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins estatísticos.

1

Elementos de caracterização do(a) participante

1. Sexo*

Feminino Masculino Não especificado Outras situações Não sabe

2. Ano de nascimento* _____ (AAAA)

3. Nacionalidade*

Portuguesa Estrangeira. Qual? _____

4. Freguesia de residência*

Alcabideche Carcavelos / Parede Cascais / Estoril
 São Domingos de Rana Fora do concelho Sem informação

5. Com quem vive?*

Sozinha/o Com cônjuge/companheiro/a
 Com cônjuge/companheiro/a e filho/a(s) Com filho/a(s)
 Com outros familiares Com amigos
 Com pessoas contratadas Numa instituição

6. Como considera o seu estado de saúde?

Muito mau Mau Nem bom, nem mau Bom Muito bom

redesocialcascais.net

redesocial@cm-cascais.pt

Formação, emprego e rendimentos

7. Nível de escolaridade completo*

- Sem informação Não sabe ler nem escrever Sabe ler e escrever
- EB 1º Ciclo (4ª classe) EB 2º Ciclo EB 3º Ciclo/9º ano (antigo 5º ano)
- Ensino Secundário 12º ano (ou antigo curso comercial e industrial)
- Ensino Superior Outras formações

8. Principais fontes de rendimento*

- Sem rendimentos Vencimento Pensão de Invalidez
- Pensão de Reforma Pensão de Viuvez Pensão Social
- Rendimento Social de Inserção Outra pensão ou prestação social
- Outros rendimentos

Socialização

9. Com que regularidade faz as seguintes atividades (assinale com X):

| | Nunca / raramente | Mensalmente | Fim de semana | Durante a semana | Praticamente todos os dias |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Culturais (museus, exposições, cinema, teatro) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lúdico-recreativas (jogos, cantar, tocar música, crochet, pintura) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sociais (bailes, feiras, festejos, jantar/almoçar fora, passeios familiares) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intelectuais/formativas (leitura, aulas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Espirituais/religiosas (missa, procissões) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Física/desportivas (caminhadas, ginásio, hidroginástica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Outras. Quais? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9.1. Nas situações em que respondeu “Nunca/Raramente”, refira os 3 principais motivos:

- É longe da minha casa Não tenho transporte
- Não tenho interesse Não tenho capacidade financeira
- Não tenho saúde Não tenho companhia
- Não tenho tempo Não me sinto seguro/a
- Existem barreiras arquitetónicas (dificuldade na mobilidade e acesso ao espaço)
- Outra situação. Qual? _____

10. Escala de Solidão da UCLA*

Assinale com que frequência se identifica com cada uma das seguintes afirmações, sendo que não existem respostas certas nem erradas, o que interessa é o que pensa e sente realmente.

Informamos que depois do Projeto concluído vai-lhe ser pedido que responda, novamente, apenas a este bloco de perguntas, com vista a avaliar o impacto do Projeto.

| Escala de Solidão | Nunca | Raramente | Algumas vezes | Muitas vezes |
|--|-------|-----------|---------------|--------------|
| Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinha/o | | | | |
| Sente que não tem alguém com quem falar | | | | |
| Sente que tem falta de companhia | | | | |
| Sente-se como se realmente ninguém a/o compreendesse | | | | |
| Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer | | | | |
| Não se sente íntima/o de qualquer pessoa | | | | |
| Sente que os que a/o rodeiam já não compartilham dos seus interesses | | | | |
| Sente-se abandonada/o | | | | |
| Sente-se completamente só | | | | |
| É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam | | | | |
| As suas relações sociais são superficiais | | | | |
| Considera que na realidade ninguém a/o conhece bem | | | | |
| Sente-se isolada(o) das outras pessoas | | | | |
| Sente-se infeliz de estar tão afastada/o dos outros | | | | |
| É-lhe difícil fazer amigos | | | | |
| Sente-se posta/o à margem e excluída/o das outras pessoas | | | | |

Obrigada pela participação!

FIM DA 1ª APLICAÇÃO