**Cuidar dos Outros**

**Se cuidar de um membro da família, parceiro/a ou amigo que necessite de assistência ou serviços devido à sua idade, deficiência física ou de aprendizagem, ou doença, incluindo doenças do foro mental, gostaríamos que preenchesse este questionário. Não precisa de responder a todas as perguntas. Se não quiser responder a uma pergunta ou se não souber a resposta, passe para a pergunta seguinte.**

|  |
| --- |
| **Secção 1: Acerca da pessoa de quem cuida**  As questões nesta secção incidem na pessoa de quem cuida, ou seja a pessoa a seu cargo ou a quem presta apoio, e a sua experiência em assistência e serviços. |

|  |
| --- |
| Se cuidar de mais do que uma pessoa, responda **apenas** relativamente à pessoa com quem passa mais tempo. Se passar o mesmo tempo a cuidar de duas ou mais pessoas, responda relativamente à pessoa que vive consigo. Se viver com duas ou mais pessoas, às quais dedica o mesmo tempo de cuidados, escolha apenas **uma** pessoa, sobre a qual deverá responder. |

**1. Que idade tem a pessoa de quem cuida?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anos**

(Se não souber a idade exacta, indique uma aproximada - a pessoa de quem cuida deverá ter uma idade igual ou superior a 18 anos)

**2. A pessoa de quem cuida tem...?**

***Assinale [✓] todas as que se aplicam***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Demência | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Deficiência física | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Perda de visão ou audição | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problema de saúde mental | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Problemas relacionados com o envelhecimento | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Deficiência ou dificuldade de aprendizagem | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Doença prolongada | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Doença terminal | h (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Dependência de álcool ou drogas | i (1) |

**3. Onde reside habitualmente a pessoa de quem cuida?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Comigo | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Noutro local | 2 |

**4. De forma geral, qual é o grau de satisfação ou insatisfação com a assistência ou os serviços que você e a pessoa de quem cuida receberam por parte dos Serviços Sociais nos últimos 12 meses?**

***Assinale (✓) uma caixa***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Não recebemos qualquer assistência ou serviços por parte dos Serviços Sociais nos últimos 12 meses. | 1 |
|  |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Estou extremamente satisfeito | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estou muito satisfeito | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estou satisfeito | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Não estou satisfeito nem insatisfeito | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estou insatisfeito | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estou muito insatisfeito | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Estou extremamente insatisfeito | 8 |

**5. A pessoa de quem cuida beneficiou da assistência ou dos serviços listados abaixo nos últimos 12 meses?**

**Podem ser prestados por organizações diferentes, nomeadamente uma organização voluntária, uma empresa privada ou os Serviços Sociais.**

***Assinale (✓) uma caixa por linha***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** |  | **Não** | **Não sei** | | |
| a. Assistência ou serviços que lhe permitam fazer uma pausa nos cuidados à última hora ou em situação de emergência |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. Assistência ou serviços que lhe permitam fazer uma pausa nos cuidados durante mais de 24 horas |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| c. Assistência ou serviços que lhe permitam descansar dos cuidados durante 1 e 24h (ex.: um serviço de acompanhamento) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. Assistente pessoal |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| e. Cuidados/assistência em casa |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| f. Centro de dia ou actividades durante o dia |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| g. Clube do almoço |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| h. Serviços de refeição |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| i. Equipamento ou adaptação à sua casa (como, por exemplo, cadeira de rodas ou corrimões) |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| j. Alarmes de emergência para idosos |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| k. Residem permanentemente num lar de idosos |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 5 above for local use such as supported employment or special college. Additional answer options for question 5 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Secção 2: Sobre as suas necessidades e experiências de apoio**  As questões nesta secção incidem na assistência e nos serviços que **você** utiliza enquanto cuidador. Podem ser coordenados por si ou pelos Serviços Sociais. Podem ser prestados por uma organização voluntária, por uma empresa privada ou pelos Serviços Sociais. |

**6. Utilizou alguns dos serviços ou assistência listados abaixo para o ajudar enquanto cuidador ao longo dos últimos 12 anos?**

**Podem ser prestados por organizações diferentes, nomeadamente uma organização voluntária, uma empresa privada ou os Serviços Sociais. Não inclua assistência não remunerada por parte da família e amigos.**

***Assinale (✓) uma caixa por linha***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sim** |  | **Não** | **Não sei** | | |
| a. Informações e aconselhamento |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| b. Assistência de grupos de cuidadores ou de alguém com quem possa conversar em estrito sigilo |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| c. Formação para cuidadores |  | 1 |  | 2 |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| d. Assistência para manter o emprego |  | 1 |  | 2 |  | 3 |

It is possible for councils to add options to question 6 above for local use such as advocacy for carers, help with household tasks and gardening and practical help to complete forms. Additional answer options for question 6 should be sent to DHSC for their information using the additional questions form. Responses to any additional options should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Secção 3: O impacto da função de cuidador na sua qualidade de vida**  Algumas das questões nesta secção abordam o impacto da função de cuidador em aspectos particulares da sua vida, enquanto outros incidem, de uma forma mais geral, na qualidade de várias partes da sua vida. |

**7. Quais das seguintes afirmações melhor descrevem a forma como passa o seu tempo?**

**Quando pensar em como utiliza o seu tempo, inclua tudo o que você valoriza ou gosta, incluindo o emprego formal, trabalho de voluntariado ou não remunerado, prestação de cuidados a outras pessoas e actividades de lazer.**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Passo o meu tempo como quero, e faço coisas que valorizo ou gosto | 1 |
|  |  |  |
|  | Faço algumas das coisas que valorizo ou gosto, mas não as suficientes | 2 |
|  |  |  |
|  | Não faço nenhuma das coisas que valorizo ou gosto | 3 |

**8. Quais das seguintes afirmações melhor descrevem a forma como controla a sua vida diária?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tenho o controlo que quero sobre a minha vida diária | 1 |
|  |  |  |
|  | Tenho algum controlo sobre a minha vida diária, mas não o suficiente. | 2 |
|  |  |  |
|  | Não tenho nenhum controlo sobre a minha vida diária | 3 |

**9. Quando pensa no tempo que tem para cuidar de si próprio – em termos de dormir o suficiente e comer bem – qual das afirmações melhor descreve a sua situação actual?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cuido de mim próprio | 1 |
|  |  |  |
|  | Por vezes, não cuido de mim o suficiente | 2 |
|  |  |  |
|  | Sinto que estou a ser negligente comigo próprio | 3 |

**10a. Quando pensa na sua segurança pessoal, quais das afirmações melhor descrevem a sua situação actual?**

Entendemos por "segurança pessoal", sentir-se seguro e livre de maus tratos, ataques ou danos físicos.

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Não estou nada preocupado com a minha segurança pessoal | 1 |
|  |  |  |
|  | Tenho algumas preocupações com a minha segurança pessoal | 2 |
|  |  |  |
|  | Estou extremamente preocupado com a minha segurança pessoal | 3 |

**10b. Se disse que está extremamente preocupado/a com a sua segurança pessoal, pode dizer-nos porquê?**

Responses to this question should not be submitted in the survey data return.

**11. Quando pensa no contacto social que teve com as pessoas de quem gosta, quais das seguintes afirmações melhor descreve a sua situação social actual?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Tenho o contacto social que desejo com as pessoas de quem gosto | 1 |
|  |  |  |
|  | Tenho algum contacto social com as pessoas, mas não o suficiente | 2 |
|  |  |  |
|  | Tenho pouco contacto social com pessoas e sinto-me socialmente isolado/a. | 3 |

**12. Quando pensa no encorajamento e apoio no âmbito do seu papel de cuidador, quais das seguintes afirmações melhor descrevem a sua situação actual?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sinto que tenho encorajamento e apoio | 1 |
|  |  |  |
|  | Sinto que tenho algum encorajamento e apoio, mas não o suficiente | 2 |
|  |  |  |
|  | Sinto que não tenho encorajamento nem apoio | 3 |

**13. Quando pensa nas outras pessoas com as quais tem responsabilidades de cuidados, quais das seguintes afirmações melhor descreve a sua situação actual? Exclua a pessoa com quem passa mais tempo em cuidados.**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Não tenho responsabilidades de cuidados com ninguém | 1 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Tenho sempre tempo suficiente para cuidar delas | 2 |
|  |  |  |
|  | Por vezes, tenho tempo suficiente para cuidar delas | 3 |
|  |  |  |
|  | Nunca tenho tempo suficiente para cuidar delas | 4 |

**14. Nos últimos 12 meses, a sua saúde foi afectada devido ao seu papel de cuidador em alguma das formas listadas abaixo?**

***Assinale [✓] todas as que se aplicam***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sente-se cansado | a (1) |
|  |  |  |
|  | Sente-se deprimido | b (1) |
|  |  |  |
|  | Perda de apetite | c (1) |
|  |  |  |
|  | Perturbações no sono | d (1) |
|  |  |  |
|  | Sensação geral de stress | e (1) |
|  |  |  |
|  | Esforço físico (ex.: costas) | f (1) |
|  |  |  |
|  | Impaciente/irritadiço | g (1) |
|  |  |  |
|  | Necessidade de consultar médico de família | h (1) |
|  |  |  |
|  | Desenvolvi problemas de saúde | I (1) |
|  |  |  |
|  | Agravei um problema de saúde | j (1) |
|  |  |  |
|  | Outros | k (1) |
|  |  |  |
|  | Não, nenhum destes | l (1) |

**15. Nos últimos 12 meses, a prestação de cuidados causou-lhe dificuldades financeiras?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Não, nenhumas | 1 |
|  |  |  |
|  | Sim, em parte | 2 |
|  |  |  |
|  | Sim, bastantes | 3 |

**16. Com que frequência se sente solitário(a)?**

***Assinale (****✓****) uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frequentemente ou sempre | 1 |
|  |  |  |
|  | De vez em quando | 2 |
|  |  |  |
|  | Ocasionalmente | 3 |
|  |  |  |
|  | Quase nunca | 4 |
|  |  |  |
|  | Nunca | 5 |

|  |
| --- |
| **Secção 4: Qualidade das informações e aconselhamento**  As próximas questões incidem nas suas opiniões sobre a qualidade da informação e do aconselhamento. |

**17. Nos últimos 12 meses, sentiu que foi fácil ou difícil encontrar informações e aconselhamento sobre assistência, serviços ou benefícios? Inclua informações e aconselhamento de diferentes fontes, tais como organizações voluntárias, empresas privadas e Serviços Sociais.**

***Assinale (✓) uma caixa***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Não tentei encontrar informações ou procurar aconselhamento nos últimos 12 meses | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Muito fácil de encontrar | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Relativamente fácil de encontrar | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Relativamente difícil de encontrar | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Muito difícil de encontrar | 5 |

|  |
| --- |
| Se sentiu que foi difícil encontrar informações e aconselhamento, informe-nos porquê e indique-nos o que podemos fazer para facilitar a sua tarefa |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.**18. Nos últimos 12 meses, quão útil foram as informações e o aconselhamento que recebeu? Inclua informações e aconselhamento de diferentes organizações, tais como organizações voluntárias, empresas privadas e Serviços Sociais.**

***Assinale (✓) uma caixa***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Não recebi quaisquer informações ou aconselhamento nos últimos 12 meses | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Muito útil | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Útil | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Inútil | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Muito inútil | 5 |

|  |
| --- |
| Se sentiu que as informações e aconselhamento que recebeu foram inúteis, informe-nos porquê e indique-nos o que podemos fazer para o ajudar |
|  |

The “please tell us why” box is optional. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

|  |
| --- |
| **Secção 5: Organização da assistência e serviços nos últimos 12 meses**  A próxima questão é sobre organizar a assistência e os serviços para si e para a pessoa de quem cuida. |

**19. Nos últimos 12 meses, sentiu-se envolvido ou consultado, na medida do desejável, em discussões acerca da assistência ou dos serviços fornecidos à pessoa de quem cuida?**

***Assinale (✓) uma caixa***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Não tenho conhecimento de discussões nos últimos 12 meses | 1 |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  |  | Sempre me senti envolvido ou consultado | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Normalmente, sinto-me envolvido ou consultado | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Por vezes, sinto-me envolvido ou consultado | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Nunca me sinto envolvido ou consultado | 5 |

|  |
| --- |
| **Secção 6: Sobre si**  O próximo grupo de questões ajuda-nos a ter uma melhor noção dos tipos de cuidadores que participaram neste inquérito. |

**20. Além do seu papel de cuidador, indique-nos quais dos seguintes também se aplicam a si?**

***Assinale [✓] todas as que se aplicam***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Reformado | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Empregado a tempo inteiro | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Empregado a tempo parcial (trabalho 30 horas ou menos) | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Empregado por conta própria a tempo inteiro | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Empregado por conta própria a tempo parcial | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Não tenho um emprego remunerado | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Faço trabalho de voluntariado | g (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Outros | h (1) |

**21. Quando pensa em combinar o seu emprego remunerado com as responsabilidades enquanto cuidador, quais das seguintes afirmações melhor descrevem a sua situação actual?**

***Assinale [✓] uma caixa***

**Não tenho um emprego remunerado**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Não tenho um emprego remunerado devido às minhas responsabilidades de cuidador | 1 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Não tenho um emprego remunerado por outras razões (ex.: reformado) | 2 |
|  | | | | |

**Tenho um emprego remunerado**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | Tenho um emprego remunerado e sinto-me apoiado pelo meu empregador | 3 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Tenho um emprego remunerado, mas não me sinto apoiado pelo meu empregador | 4 |
|  | |  |  |  |
|  | |  | Não necessito de qualquer apoio por parte do meu empregador para combinar o meu trabalho com as responsabilidades enquanto cuidador | 5 |
|  | |
|  | | | | |

**Empregado por conta própria**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Sou empregado por conta própria e consigo equilibrar o meu trabalho com a prestação de cuidados | 6 |
|  |  | Responsabilidades |
|  |  |  |  |
|  |  | Sou empregado por conta própria, mas não consigo equilibrar o meu trabalho com a prestação de cuidados | 7 |
|  |  | Responsabilidades |

**22. Há cerca de quanto tempo que toma conta ou ajuda a pessoa de quem cuida?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Menos de 6 meses | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Mais de 6 meses, mas menos de um ano | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Mais de 1 ano, mas menos de 3 anos | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Mais de 3 anos, mas menos de 5 anos | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | Mais de 5 anos, mas menos de 10 anos | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Mais de 10 anos, mas menos de 15 anos | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Mais de 15 anos, mas menos de 20 anos | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20 anos ou mais | 8 |

**23. Quanto tempo despende em cada semana a tomar conta ou a ajudar a pessoa de quem cuida?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0-9 horas por semana | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 10-19 horas por semana | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 20-34 horas por semana | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 35-49 horas por semana | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 50-74 horas por semana | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | 75-99 horas por semana | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | 100 ou mais horas por semana | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Variável – menos de 20 horas por semana | 8 |
|  |  |  |  |
|  |  | Variável – 20 horas ou mais por semana | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Outros | 10 |

|  |  |
| --- | --- |
| Se pretender dar outra resposta, especifique: |  |

**24. Ao longo dos últimos 12 meses, que tipo de coisas fez com regularidade pela pessoa de quem cuida?**

***Assinale [✓] todas as que se aplicam***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Cuidados pessoais? | a (1) |
|  |  | (Ex: vestir, dar banho, lavar, barbear, cortar unhas, dar de comer, ajudar a ir à casa de banho) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Ajuda física? | b (1) |
|  |  | (Ex: ajudar a andar, a levantar, a descer as escadas, a deitar e a levantar da cama) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Ajudar a lidar com os benefícios e serviços de assistência? | c (1) |
|  |  | (Ex: tomar notas e fazer chamadas telefónicas, preencher formulários) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Ajudar com papelada ou aspectos financeiros? | d (1) |
|  |  | (Ex: escrever cartas, enviar cartas, preencher formulários, lidar com contas, bancos) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Outra ajuda prática? | e (1) |
|  |  | (Ex: preparar refeições, fazer compras, lavandaria, tarefas domésticas, jardinagem, decoração, reparações domésticas, levar ao médico ou ao hospital) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Fazer-lhe companhia? | f (1) |
|  |  | (Ex: fazer visitas, sentar-se ao lado da pessoa, ler para a pessoa, conversar, jogar cartas ou jogos) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Levá-lo/a a sair? | g (1) |
|  |  | (Ex: levar a dar um passeio a pé ou de carro, levar a pessoa a visitar amigos ou familiares) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Dar medicação? | h (1) |
|  |  | (Ex: garantir que a pessoa toma os comprimidos, dar injecções, mudar o penso) |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Vigiar a pessoa para ver se está tudo bem? | i (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Dar apoio emocional? | j (1) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Outra ajuda? | k (1) |

**25. Sofre de algum dos seguintes?**

***Assinale [✓] todas as que se aplicam***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Uma deficiência física ou incapacidade? | a (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Perda de visão ou audição | b (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Uma doença ou problema de saúde mental | c (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Deficiência ou dificuldade de aprendizagem | d (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Uma doença prolongada | e (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Outros | f (1) |
|  |  |  |  |
|  |  | Nenhum dos acima | g (1) |

**26. Sobre quantas crianças com idade igual ou inferior a 18 anos detém responsabilidade parental?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0 | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | 1 | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | 2 | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
|  |  | 4+ | 5 |

**27. Alguém o ajudou a preencher este questionário?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | 1 |
|  |  |  |
|  | Não | 2 |

Councils may seek further information on the category of person who helped here if they wish – but these should only be categories of person (e.g. relative) and not names. Any expanded categories need to be aggregated back to just an overall ‘yes’ category before entering the results onto the data return.

**28. Que idade tem?** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anos**

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**29. É do sexo masculino ou feminino?**

***Assinale [✓] uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Homem | 1 |
|  |  |  |
|  | Mulher | 2 |
|  |  |  |
|  | Outro | 3 |

Councils may choose to omit the above question if it can be supplied accurately from their current records.

**30.** **Na sua opinião, a qual dos seguintes grupos étnicos pertence?**

***Assinale (🗸) um quadrado***

**Branco**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Inglês / galês / escocês / norte-irlandês / britânico | 1 |
|  |  |  |  |
|  |  | Irlandês | 2 |
|  |  |  |  |
|  |  | Cigano ou nómada irlandês | 3 |
|  |  |  |  |
|  |  | Outro grupo étnico branco | 4 |
|  |  |  |  |

**Grupo étnico misto / Vários grupos étnicos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Caribenho branco e negro | 5 |
|  |  |  |  |
|  |  | Africano branco e negro | 6 |
|  |  |  |  |
|  |  | Branco e asiático | 7 |
|  |  |  |  |
|  |  | Outro grupo étnico misto / outros grupos étnicos variados | 8 |

**Asiático / britânico asiático**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Indiano | 9 |
|  |  |  |  |
|  |  | Paquistanês | 10 |
|  |  |  |  |
|  |  | Bangladechiano | 11 |
|  |  |  |  |
|  |  | Chinês | 12 |
|  |  |  |  |
|  |  | Outro grupo étnico asiático | 13 |
|  |  |  |  |

*A lista continua na seguinte página*

**Negro / africano / caribenho / negro britânico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Africano | 14 |
|  |  |  |  |
|  |  | Caribenho | 15 |
|  |  |  |  |
|  |  | Outro grupo étnico negro / africano / caribenho | 16 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Outro grupo étnico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Árabe | 17 |
|  |  |  |  |
|  |  | Outro grupo étnico | 18 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Prefere não indicar | 19 |

Councils may choose to omit the above question and supply data from their own records if they are confident of the quality and coverage of the information about the carer’s assessment of their ethnic origin in their current records. Councils including this question may break down the categories further if they wish to do so.

**Secção 7: Comentários**

O próximo grupo de perguntas permite-lhe facultar informações adicionais sobre as suas experiências.

**31. Utilize o espaço fornecido abaixo para descrever quaisquer experiências que queira partilhar connosco, ou escrever outros comentários que pretenda fazer.**

|  |
| --- |
|  |

The question above is for local use and can be omitted. Responses in the free-text box should not be submitted in the survey data return.

**32. Poderemos pedir a algumas pessoas para participar em inquéritos adicionais para estudos durante o próximo ano.**

**Gostaria de ser convidado a participar em mais inquéritos?**

*Fazemos notar que mesmo que responda "sim" não será obrigado a participar em inquéritos futuros.*

***Assinale (🗸) uma caixa***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim, escrevi o meu nome, morada e número de telefone no espaço abaixo |  |
|  |
|  |  |  |
|  | Não |  |

**Se pretender ser contactado para este fim, indique os seus dados de contacto aqui:**

Name:

Address:

Telephone number:

Email address (optional):

The question above is optional and can be omitted if councils have no intention of conducting any follow-up research.

Se quiser aceder a uma cópia do relatório nacional da pesquisa, será publicado no Outono e está disponível na GOV.UK.

Please ensure a paper copy version is available for carers to request. Amend the options depending on whether a local findings paper or the national report will be sent.

Podemos fornecer uma cópia por correio ou por e-mail (o e-mail é muito mais barato). Qual prefere? (assinalar apenas uma caixa):

|  |  |
| --- | --- |
|  | E-mail |
|  |
|  |  |
|  | Correio |

Se pretender uma cópia digital do local authority results / findings (delete as appropriate) / national report, indique o seu endereço de e-mail na caixa abaixo (tenha em atenção que esta cópia será enviada após a publicação do relatório nacional no verão):

E-mail:

Se pretender que lhe enviemos uma cópia do local authority results / findings (delete as appropriate) / national report, pelo correio, indique o seu nome e endereço na caixa abaixo (tenha em atenção que isto será feito após a publicação do relatório nacional no verão):

Nome:

Morada:

**Obrigado por nos ajudar com o preenchimento deste questionário.**

**Devolva-nos o documento no envelope fornecido.**

**O envelope não carece de selo.**

|  |
| --- |
| **Para que a sua opinião fique registada, devolva-nos o formulário até [inserir data]** |