

QUESTIONÁRIO RRC

Versão 2026/01.1



1 DADOS IDENTIFICATIVOS DE RASTREIO

1.1 Nome da Organização/Serviço/Projeto

1.1.1 Se móvel/outreach: Distrito Concelho Freguesia Rua

1.2 Identificador único de rastreio (Código interno da organização)

1.3 Data de realização do rastreio: Dia Mês Ano

1.4 Código da pessoa que rastreia: (Em letras maiúsculas, 1ª e 2ª letras do primeiro nome e 1ª e 2ª letras do último nome da pessoa que rastreia)

2 RASTREIO ATUAL

2.1 Por que motivo veio fazer este rastreio? (Selecionar da lista todos os motivos que a pessoa espontaneamente der. Questionar se existe alguma razão além das referidas, lendo as opções de resposta que ficaram por selecionar.)

Por se sentir doente ☐ Por indicação de profissional de saúde ☐ Por ter tido relações sexuais sem preservativo ☐

Por ter tido um acidente a usar o preservativo (rompeu/ficou dentro) ☐ Por o preservativo ter sido retirado sem o seu consentimento ☐

Por situação de contacto sexual sem consentimento ☐ Porque teve relação sexual com uma pessoa diagnosticada com uma IST recentemente ☐

Por estar/ter estado numa relação sexual com uma pessoa que vive com VIH ☐

Por ter recebido uma notificação/mensagem anónima de uma pessoa com quem teve sexo a informar de diagnóstico/sintomas de IST ☐

Porque partilhou material para consumo de drogas injetadas ☐ Porque partilhou material para consumo de drogas inaladas e/ou fumadas ☐

Porque partilhou material cortante ☐ Por ter tido uma exposição de risco no contexto de trabalho ☐ Por ter feito trabalho sexual ☐

Porque no último teste estava no período janela ☐ Porque o acordo de monogamia foi quebrado ☐

Devido ao final de relação com a pessoa com quem tinha sexo habitualmente ☐ Porque quer deixar de usar preservativo ☐

A pessoa com quem tem uma relação pediu-lhe para fazer ☐ Por estar numa nova relação ☐ Por estar a planear uma gravidez ☐

Para conhecer o estado de saúde/por curiosidade ☐ Faz regularmente/teste de rotina ☐ Para obter acesso/referenciação à PrEP ☐

Para obter acesso/referenciação para tratamento (VIH, VHB, VHC e/ou sífilis) ☐ NR ☐ Outro

ATENÇÃO: Se houve agressão sexual, oferecer contacto da APAV para receber aconselhamento (tel.: 116 006, chamada gratuita, dias úteis das 8h às 22h). Referir ao/à participante que ao informar funcionários públicos que sofre de agressão sexual (na urgência hospitalar, por exemplo, se procurar PPE) estes têm o dever de comunicar os crimes de que tomem conhecimento no exercício das suas funções, mas não é obrigatório a vítima apresentar queixa nem prestar declarações à polícia; não é necessário entrar em detalhes sobre o motivo para procurar PPE, mas poderá fazer sentido referir a agressão sexual para serem recolhidos indícios forenses. Se a pessoa for menor de idade e reportar uma situação que ponha em perigo a sua segurança, saúde, formação ou educação ou se mostre desfavorável ao seu desenvolvimento e inserção social (incluindo, mas não se limitando a, ser vítima de crime) a entidade que rastreia tem de cumprir a lei de proteção de crianças e jovens em perigo (Lei n.º 147/99, na sua versão atual)

3 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E FATORES DE RISCO

3.1 Qual é a sua data de nascimento? Dia Mês Ano (Se a pessoa não quiser responder, pedir o ano de nascimento e inserir dia 15 e mês 6)

3.1.1 Quantos anos tem? (Menores de 16 anos não participam no estudo)

3.2 Qual foi o sexo atribuído à nascença? Masculino ☐ Feminino ☐ Intersexo ☐ Não responde ☐

3.3 Qual é a sua identidade de género? Homem Cis ☐ Homem Trans (FTM) ☐ Mulher Cis ☐ Mulher Trans (MTF) ☐ Não-binária/outra ☐ NR ☐

3.4 Nos últimos 12 meses teve sexo com? (Assinale todas as opções que se aplicam)

Homem Cis ☐ Homem Trans (FTM) ☐ Mulher Cis ☐ Mulher Trans (MTF) ☐ Não-binária/outra ☐ Não teve sexo ☐ NR ☐

3.5 Está grávida? Sim ☐ Não ☐ NS ☐ NR ☐

3.6 Nos últimos 12 meses recebeu abrigo, dinheiro, drogas, bens ou outras vantagens em troca de sexo? Sim ☐ Não ☐ NR ☐

3.7 Nos últimos 12 meses foi cliente de pessoas que fazem sexo comercial? Sim ☐ Não ☐ NR ☐

3.8 Nos últimos 12 meses consumiu alguma substância ilícita/droga? Sim ☐ Não ☐ NR ☐

3.9 Nos últimos 12 meses teve relações sexuais sobre o efeito de GBL/GHB, mefedrona ou metanfetaminas? Sim ☐ Não ☐ NR ☐

3.10 Nos últimos 12 meses consumiu alguma substância ilícita/droga por via injetada? Sim ☐ Não ☐ NR ☐

3.11 Nos últimos 12 meses viveu alguma vez em situação de sem-abrigo*? Sim ☐ Não ☐ NR ☐

3.12 Nos últimos 12 meses fez profilaxia pós-exposição (PPE)? Sim ☐ Não ☐ NR ☐

3.13 Nos últimos 12 meses fez profilaxia pré-exposição (PrEP)? Sim ☐ Não ☐ NR ☐

3.14 Na última relação sexual com penetração, foi usado preservativo? Sim ☐ Não ☐ NR ☐

3.15 Em que país nasceu?

3.16 Qual o país de nascimento do Pai?

3.17 Qual o país de nascimento da Mãe?

*Considera-se Pessoa em Situação de Sem-Abrigo aquela que se encontre Sem Teto, a viver num espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário OU Sem Casa, que se encontra a viver num alojamento temporário destinado para o efeito. Mais informação em: <https://www.enipssa.pt/conceito-de-pessoa-em-situacao-de-sem-abrigo>

4. HISTÓRICO DE RASTREIO

4.1 Alguma vez teve diagnóstico de VIH? Sim ☐ Não, mas já fez o teste ☐ / Não, nunca fez o teste ☐ / NS ☐ / NR ☐ (4.4)

4.2 Em que data teve o diagnóstico/fez o último teste para VIH? Mês Ano

4.3 Procura acesso à confirmação e/ou tratamento para VIH? Sim, tem prova de infeção com nome (referenciar)

Sim, não tem prova de infeção com nome (rastrear) Não ☐ / NR ☐ (não rastrear / não referenciar)

4.4 Alguma vez teve diagnóstico de sífilis? Sim ☐ (não rastrear) Não, mas já fez o teste ☐ / Não, nunca fez o teste ☐ / NS ☐ / NR ☐ (rastrear)

4.5 Em que data teve o diagnóstico/Em que data fez o último teste de sífilis? Mês Ano

4.6 Procura acesso à confirmação e/ou tratamento para sífilis? Sim, tem prova de infeção com nome (referenciar)

Sim, não tem prova de infeção com nome (rastrear) Não ☐ / NR ☐ (não rastrear / não referenciar)

4.7 Alguma vez teve diagnóstico de hepatite B? Sim ☐ Não, mas já fez o teste ☐ / Não, nunca fez o teste ☐ / NS ☐ / NR ☐ (4.10)

4.8 Em que data teve o diagnóstico/Em que data fez o último teste para hepatite B? Mês Ano

4.9 Procura acesso à confirmação e/ou tratamento para hepatite B? Sim, tem prova de infeção com nome (referenciar)

Sim, não tem prova de infeção com nome (rastrear) Não ☐ / NR ☐ (não rastrear / não referenciar)

4.10 Fez as 3 doses de vacina contra a hepatite B? Sim ☐ (não rastrear) Está a fazer ☐ (4.11)

Não ☐ / NS ☐ (rastrear se nasceu nalgum do seguintes países: África do Sul; Albânia; Angola; Arábia Saudita; Argélia; Azerbaijão; Bangladesh; Belize; Benim; Bielorrússia; Brunei; Bulgária; Burquina Faso; Burundi; Butão; Cabo Verde; Camboja; Cazaquistão; China; Chipre; Colômbia; Congo; Coreia do Sul; Costa do Marfim; Djibuti; Equador; Eritreia; Estado Federado da Micronésia; Essuatíni / Suazilândia; Etiópia; Fiji; Filipinas; Gabão; Gâmbia; Geórgia; Guiné Bissau; Guiné; Guiné Equatorial; Haiti; Iémen; Ilhas Marshall; Ilhas Salomão; Itália; Jamaica; Kiribati; Kosovo; Laos; Libéria; Líbia; Madagáscar; Maláui; Mali; Maurítânia; Myanmar; Moçambique; Moldávia; Mongólia; Namíbia; Nauru; Níger; Nigéria; Niue; Nova Zelândia; Omã; Palau; Papua Nova Guiné; Paquistão; Perú; Quênia; Quirguistão; República Central Africana; República Democrática do Congo; República Dominicana; Roménia; Ruanda; Rússia; Samoa; Senegal; Serra Leoa; Singapura; Síria; Somália; Sri Lanka; Sudão; Sudão do Sul; Suazilândia / Essuatíni; Suriname; Tailândia; Taiti; Tajiquistão; Togo; Tonga; Tunísia; Turquia; Tuvalu; Uganda; Uzbequistão; Vanuatu; Vietnam; Zâmbia; Zimbabué ou se tendo nascido noutro país não é suficientemente jovem para ter sido abrangida por um programa de vacinação)

4.11 Fez alguma dose da vacina há menos de 2 semanas?

Sim ☐ / NS ☐ / NR ☐ (Não está indicado oferecer o teste para hepatite B às pessoas que tenham feito uma dose de vacina contra hepatite B há menos de duas semanas. É muito provável que o resultado seja falso positivo devido à resposta do corpo à vacina. Adiar o rastreio, pelo menos, duas semanas após a data da última dose da vacina. Caso a pessoa tenha feito a terceira dose, informar que as pessoas com esquema vacinal completo para hepatite B estão protegidas contra hepatite B toda a vida. Não estão recomendadas doses de reforço ou rastreios para a hepatite B.)

Não ☐ (rastrear se não tiver as 3 doses)

4.12 Alguma vez teve diagnóstico de hepatite C? Sim ☐ (não rastrear)

Não, mas já fez o teste ☐ / Não, nunca fez o teste ☐ / NS ☐ / NR ☐ (4.15)

4.13 Em que data teve o diagnóstico/Em que data fez o último teste para hepatite C? Mês Ano

4.14 Procura acesso à confirmação e/ou tratamento para hepatite C? Sim, tem prova de infeção com nome (referenciar)

Sim, não tem prova de infeção com nome (rastrear) Não ☐ / NR ☐ (não rastrear nem referenciar)

4.15 Alguma vez na vida/desde o último teste a VHC lhe aconteceu alguma das seguintes situações?

(Ler a lista de situações que estão associadas a um aumento do risco de aquisição do VHC e pedir para dizer apenas **NO FIM** se pelo menos uma destas situações aconteceu. Caso a pessoa de forma espontânea, comece a validar as situações individualmente, selecione todas as situações que tenham acontecido)

Ter sexo anal sem preservativo ☐ (rastrear)

Ter sexo em grupo sem preservativo durante a penetração (vaginal ou anal) ou não ter usado um preservativo novo na mudança de parceiro/a ☐ (rastrear)

Ter prática de fisting (inserção da mão além do nó dos dedos no ânus ou vagina) sem luva ou não ter usado luva nova na mudança de parceiro/a ☐ (rastrear)

Ter partilhado o boião de lubrificante durante práticas de fisting em grupo ☐ (rastrear)

Ter partilhado brinquedos sexuais usados na penetração (vaginal ou anal) sem preservativo ou não ter usado um preservativo novo na mudança de parceiro/a ☐ (rastrear)

Ter partilhado material para lavagem retal interna (douching, enema, clister ou chucha) ☐ (rastrear)

Ter partilhado material para snifar drogas (inclui a garrafa de poppers se encostada à asa do nariz) ☐ (rastrear)

Ter partilhado material para injetar drogas ☐ (rastrear)

Ter partilhado material para fumar drogas que possam lesar/queimar os lábios (cachimbos de crack) ☐ (rastrear)

Ter feito piercings, tatuagens, manicure ou pedicure onde houve partilha de material ☐ (rastrear)

Ter tido contacto de sangue com sangue em contexto de trabalho ☐ (rastrear)

Ter recebido transfusão de sangue ou transplante de órgãos ou ter sido submetido/a a cirurgias antes de 1992 ☐ (rastrear)

Estar a fazer hemodíalise de longa duração ☐ (rastrear)

Sim, a pelo menos uma das situações acima referidas, mas que não quer revelar qual ☐ (rastrear)

Não, nenhuma das situações acima referidas aconteceu ☐ (rastrear se nasceu nos seguintes países: Azerbaijão, Benim, Camarões, Camboja, Cazaquistão, Congo (República Democrática do), Costa do Marfim, Egito, Gabão, Gâmbia, Geórgia, Iémen, Iraque, Itália, Letónia, Lituânia, Moldova (República da), Mongólia, Nigéria, Paquistão, Porto Rico, Quirguistão, România, Rússia (Federação da), Tailândia, Taiwan, Tajiquistão, Turquemenistão, Ucrânia e Uzbequistão)

NR ☐ (rastrear)

5 CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

5.1 Qual o seu estado de permanência em Portugal?

- Nacionalidade Portuguesa ☐ Autorização de residência temporária ☐ Autorização de residência permanente ☐ Estatuto de Refugiado ☐
Estatuto de proteção subsidiária ☐ Estatuto de proteção temporária ☐ Requerente de Asilo ☐
Em situação irregular com pedido de autorização de residência ou visto de permanência submetido ☐
Em situação irregular sem pedido de autorização de residência ou visto de permanência submetido ☐
Cidadão/ã da União Europeia (ou da Islândia, Liechtenstein, Noruega, Suíça, Reino Unido) registado como residente há menos de 5 anos ☐
Cidadão/ã da União Europeia (ou da Islândia, Liechtenstein, Noruega, Suíça, Reino Unido) registado/a como residente há mais de 5 anos sem cartão de autorização de residência nem pedido iniciado na AIMA ☐
Turista, dentro do prazo de permanência (definido no visto ou na lei, nas situações de dispensa de visto) ☐
Turista, tendo ultrapassado o prazo de permanência (definido no visto ou na lei, nas situações de dispensa de visto) que já pediu a extensão do prazo de permanência ☐
Turista, tendo ultrapassado o prazo de permanência (definido no visto ou na lei, nas situações de dispensa de visto) ☐ NR ☐

5.2 Se hoje precisasse de utilizar algum dos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde, seria através de:

- Número de utente do Serviço Nacional de saúde ☐ Acordo/Convenção bilateral ☐ Cartão Europeu de Seguro de Doença ☐
Atestado de Residência emitido pela Junta de Freguesia (Despacho nº 25360/2001) ☐
Acordo/Protocolo de Colaboração no domínio da Saúde ("Junta Médica") ☐
Nenhuma das vias acima referidas são aplicáveis à data ☐ NS ☐ NR ☐

5.3 Qual o nível mais alto de escolaridade que completou?

- Não sabe ler nem escrever ☐ Sabe ler e escrever e tem menos que o 1º ciclo do ensino básico ☐ 1º Ciclo do ensino básico (4º ano) ☐
2º Ciclo do ensino básico (6º ano) ☐ 3º Ciclo do ensino (9º ano) ☐ Ensino secundário, via prosseguimento de estudos (12º ano) ☐
Ensino secundário com estágio profissional (12º ano profissional, mínimo de 6 meses) ☐
Ensino pós-secundário não superior (CET – curso de especialização tecnológica) ☐ Bacharelato/licenciatura ☐ Mestrado/Doutoramento ☐ NR ☐

5.4 Qual é a sua situação perante o trabalho?

- Empregado/a a tempo inteiro (35h/semana ou mais) ☐ Empregado/a a tempo parcial (menos de 35h/semana, mas mais de 15h/semana) ☐
Empregado/a a tempo parcial (menos de 15h/semana) ☐ Trabalhador/a familiar não remunerado ☐ Estudante ☐
Reformado/a ou pré-reformado/a sem outro trabalho ☐ Doméstico/a ocupa-se das tarefas do lar ☐ Desempregado/a ☐ Cuidador/a informal ☐
Nenhuma das anteriores ☐ NR ☐

6 RASTREIO VIH

6.1 Fez teste de VIH? Sim ☐ Não, não elegível ☐ Não, recusou teste ☐ Não, teste indisponível ☐

6.2 Marca do teste de VIH: 6.3 Validade do teste de VIH: Mês Ano

6.4 Resultado do teste de VIH: Reativo ☐ Não Reativo ☐

6.5 A pessoa necessita e consentiu ser referenciada para diagnóstico/tratamento para VIH? Sim (inclui a autorreferenciação) ☐ Não ☐

6.6 Que tipo de ligação propôs à pessoa com teste de VIH não reativo? PrEP ☐ PPE ☐

Rastreio laboratorial de VIH (quando está dentro do período janela e tem parceiro/a com diagnóstico recente ou apresenta sintomas de infeção aguda) ☐

Outros gerais, pois não tem indicação para nenhum dos anteriores ☐

6.7 A pessoa aceitou a ligação a esses cuidados de saúde após teste de VIH não reativo? Sim (inclui a autorreferenciação) ☐ Não ☐

7 RASTREIO SÍFILIS

7.1 Fez o teste de sífilis? Sim ☐ Não, não elegível ☐ Não, recusou teste ☐ Não, teste indisponível ☐

7.2 Marca do teste de sífilis: 7.3 Validade do teste de sífilis: Mês Ano

7.4 Resultado do teste de sífilis: Reativo ☐ Não Reativo ☐

7.5 A pessoa necessita e consentiu ser referenciada para diagnóstico/tratamento de sífilis? Sim, para diagnóstico e/ou tratamento (primeira infeção na vida) ☐

Sim, para análise laboratorial (diagnóstico de possível reinfeção) ☐ Não ☐

7.6 Que tipo de ligação propôs à pessoa com teste de sífilis não reativo? Rastreio laboratorial de sífilis e tratamento preventivo (quando está dentro do período janela e tem parceiro/a com diagnóstico confirmado ou apresenta sintomas de infeção) ☐

Outros gerais, pois não tem indicação para a anterior ☐

7.7 A pessoa aceitou a ligação a esses cuidados de saúde após teste de sífilis não reativo? Sim (inclui a autorreferenciação) ☐ Não ☐

8 RASTREIO VHB

- 8.1 Fez teste de VHB? Sim ☐ Não, não elegível, diagnóstico prévio documentado ☐ Não, não elegível, vacinação completa ou em curso ☐
 Não, recusou teste ☐ Não, teste indisponível ☐
- 8.2 Marca do teste de VHB:
- 8.3 Validade do teste de VHB: Mês Ano
- 8.4 Resultado do teste de VHB: Reativo ☐ Não Reativo ☐
- 8.5 A pessoa necessita e consentiu ser referenciada para diagnóstico/tratamento de hepatite B? Sim (inclui a autorreferenciação) ☐ Não ☐
- 8.6 Que tipo de ligação propôs à pessoa com teste de hepatite B não reativo? Vacinação contra VHB ☐
 PPE para VHB (indicado apenas quando a exposição é inferior a 12h) ☐ Outros gerais, pois não tem indicação para nenhum dos anteriores ☐
- 8.7 A pessoa aceitou a ligação a esses cuidados de saúde após teste de hepatite B não reativo? Sim (inclui a autorreferenciação) ☐ Não ☐

9 RASTREIO VHC

- 9.1 Fez o teste de VHC? Sim ☐ Não, não elegível, diagnóstico prévio documentado ☐ Não, não elegível, vacinação completa ou em curso ☐
 Não, recusou teste ☐ Não, teste indisponível ☐
- 9.2 Marca do teste de VHC: 9.3 Validade do teste de VHC: Mês Ano
- 9.4 Resultado do teste de VHC: Reativo ☐ Não Reativo ☐
- 9.5 A pessoa necessita e consentiu ser referenciada para diagnóstico/tratamento de hepatite C?
 Sim, para diagnóstico e/ou tratamento (primeira infeção na vida) ☐
 Sim, para análise laboratorial (caso seja para rastreio a possível reinfeção) ☐ Não ☐
- 9.6 Que tipo de ligação propôs à pessoa com teste de hepatite C não reativo?
 Rastreio laboratorial de VHC (quando está dentro do período janela e tem parceiro/a sexual ou de consumo com diagnóstico recente ou apresenta sintomas de hepatite) ☐
 Outros gerais, pois não tem indicação para nenhum dos anteriores ☐
- 9.7 A pessoa aceitou a ligação a esses cuidados de saúde após teste de hepatite C não reativo? Sim (inclui a autorreferenciação) ☐ Não ☐

10 TUBERCULOSE

- 10.1 Alguma vez /Desde a última visita a este serviço fez rastreio à tuberculose? Sim ☐ Não ☐ NS ☐ NR ☐
- 10.2 Data do último teste à tuberculose? Mês Ano
- 10.3 Resultado do último teste à tuberculose? Negativo ☐ Positivo, infeção ativa ☐ Positivo, infeção latente ☐ NS ☐ NR ☐
- 10.4 Fez tratamento para a tuberculose? Não, tratamento por iniciar ☐ Sim, tratamento em curso ☐ Sim, parou o tratamento por iniciativa própria ☐
 Sim, tratamento concluído ☐ NR ☐
- 10.5 Está em seguimento médico para a tuberculose? Sim ☐ Não ☐ NR ☐
- 10.6 Aceita referenciação para seguimento médico para tratamento da tuberculose? Sim ☐ Não ☐
- 10.7 Tem algum destes sintomas?
 F – Febre ou febrícula de predomínio noturno ☐ E – Emagrecimento súbito, não explicável por alteração da atividade física ou dieta habituais ☐
 S – Suores noturnos intensos ☐ T – Tosse há mais de 3 semanas ou tosse crónica com agravamento recente ☐
 E – Expetoração com sangue ☐ Não teve nenhum dos sintomas referidos ☐
- 10.8 Inquérito FESTE positivo: aceitou referenciação para teste à tuberculose? Sim (inclui autorreferenciação) ☐ Não ☐

11 DADOS COORTE

- 11.1 Autoriza que estes dados sejam usados para fins de monitorização e investigação científica? Sim ☐ Não ☐
- 11.2 Inserir código do participante: (Em maiúsculas)
 Sexo atribuído ao nascimento (F ou M ou Intersexo): Data de nascimento: Dia Mês Ano
 Primeira letra do primeiro nome da mãe: Primeira letra do primeiro nome do utente:

12 OBSERVAÇÕES