

## Mapeamento da Vida Real | Pessoas com Displasia Óssea nas Regiões Autónomas da Madeira e Açores

### Informações

**Este questionário é dirigido a adultos/adultas com Displasia Óssea com idade igual ou superior a 18 anos**

#### O que são Displasias Ósseas:

As **Displasias Ósseas** (DO) são doenças raras, vulgarmente conhecidas por “problemas dos ossos ou doenças nos ossos”. São habitualmente acompanhadas de baixa estatura, ainda conhecida como "nanismo" (embora seja uma expressão desadequada) e por alterações da forma ou comprimento dos ossos e/ou articulações. Frequentemente têm causa genética e manifestam-se desde o nascimento.

A **ANDO Portugal** é a Associação Nacional de Displasias Ósseas, fundada em 2015, e conta atualmente com mais de **280 associados** em todo o país.

#### Sobre o questionário:

Este questionário faz parte do projeto **PonteS**, que a ANDO dedica às pessoas que vivem nos Açores e na Madeira. Este projeto centra-se na caracterização da realidade insular de pessoas com Displasia Óssea e famílias, na criação de informação específica e na ativação de comunicação com profissionais de saúde experientes em displasias ósseas.

É **anónimo** e demora **10 a 20 minutos** a ser preenchido. Pedimos a sua participação para conhecer melhor a realidade e as necessidades específicas das pessoas que vivem nos Açores e na Madeira e compreender de que forma as podemos apoiar.

Ao participar, **aceita a recolha e análise das suas respostas** numa base de dados gerida pela **ANDO**, cujos **resultados agregados** poderão ser divulgados futuramente para fins informativos. Se preferir, pode **pedir apoio a um profissional de saúde ou de outra área** para o preenchimento do questionário.

#### Contacto para dúvida e questões:

Em caso de dúvida, contacte Inês Alves através do e-mail **info@andoportugal.org** ou número de telemóvel **910 442 840**.

#### Percebi o objetivo e aceito participar respondendo ao questionário:

☐ Sim ☐ Não

*Para prosseguir deve responder "sim".*

**1. Qual o seu ano de nascimento? (Por favor escreva os quatro algarismos do ano. Por exemplo: 2010) \***

\_\_\_\_\_

**2. Qual o seu sexo? \***

☐ Masculino      ☐ Feminino      ☐ Prefiro não responder

*Selecione apenas uma opção.*

**3. Em que ilha reside? \***

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madeira (indique município: _____)    | <input type="checkbox"/> Porto Santo |
| <input type="checkbox"/> São Miguel (indique município: _____) | <input type="checkbox"/> Terceira    |
| <input type="checkbox"/> Faial                                 | <input type="checkbox"/> Pico        |
| <input type="checkbox"/> São Jorge                             | <input type="checkbox"/> Santa Maria |
| <input type="checkbox"/> Graciosa                              | <input type="checkbox"/> Flores      |
| <input type="checkbox"/> Corvo                                 |                                      |

*Selecione apenas uma opção.*

**4. De onde é natural? \***

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madeira (indique município: _____)    | <input type="checkbox"/> Porto Santo |
| <input type="checkbox"/> São Miguel (indique município: _____) | <input type="checkbox"/> Terceira    |
| <input type="checkbox"/> Faial                                 | <input type="checkbox"/> Pico        |
| <input type="checkbox"/> São Jorge                             | <input type="checkbox"/> Santa Maria |
| <input type="checkbox"/> Graciosa                              | <input type="checkbox"/> Flores      |
| <input type="checkbox"/> Corvo                                 |                                      |
| <input type="checkbox"/> Outro _____                           |                                      |

*Selecione apenas uma opção.*

**5. Qual é a sua displasia óssea? \***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acondroplasia                          | <input type="checkbox"/> Displasia de Kniest                              |
| <input type="checkbox"/> Hipocondroplasia                       | <input type="checkbox"/> Displasia fibrosa                                |
| <input type="checkbox"/> Displasia diastrófica                  | <input type="checkbox"/> Síndrome de McCune-Albright                      |
| <input type="checkbox"/> Pseudoacondroplasia                    | <input type="checkbox"/> Displasia epifisária múltipla                    |
| <input type="checkbox"/> Osteogénese imperfeita                 | <input type="checkbox"/> Hipoplasia cartilagem cabelo                     |
| <input type="checkbox"/> Displasia cleidocraniana               | <input type="checkbox"/> Hipofosfatémia ligada ao X                       |
| <input type="checkbox"/> Displasia campomélica                  | <input type="checkbox"/> Síndrome 3M                                      |
| <input type="checkbox"/> Displasia metatrópica                  | <input type="checkbox"/> Condrodisplasia metafisária tipo Schmid          |
| <input type="checkbox"/> Fibrodisplasia ossificante progressiva | <input type="checkbox"/> Hipofosfatásia                                   |
| <input type="checkbox"/> Picnodisostose                         | <input type="checkbox"/> Displasia espondiloepifisária congénita (SEDC)   |
| <input type="checkbox"/> Opsismodisplasia                       | <input type="checkbox"/> Displasia espondiloepimetafisária tipo Strudwick |
| <input type="checkbox"/> Osteocondromas múltiplos               | <input type="checkbox"/> Ainda sem diagnóstico                            |
| <input type="checkbox"/> Outra: _____                           |   |

*Selecione apenas uma opção.*

**6. Como foi feito o diagnóstico da Displasia Óssea? \***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Avaliação do médico/clínico      | <input type="checkbox"/> Exames laboratórios (sangue/ urina)               |
| <input type="checkbox"/> Radiografia simples do esqueleto | <input type="checkbox"/> Teste genético                                    |
| <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética            | <input type="checkbox"/> História Familiar e exame clínico                 |
| <input type="checkbox"/> TAC                              | <input type="checkbox"/> História Familiar, exame clínico e teste genético |
| <input type="checkbox"/> Exame oftalmológico              | <input type="checkbox"/> Não sei   |
| <input type="checkbox"/> Exame auditivo                   | <input type="checkbox"/> Outro: _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Estudo cardíaco                  |  |

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**7. Em que ano obteve o diagnóstico?** Caso ainda não tenha diagnóstico, responda "não aplicável" \*

\_\_\_\_\_

**8. Há mais pessoas na sua família com o mesmo diagnóstico, com baixa estatura e/ou problemas nos ossos ou ossos frágeis? \***

- |                              |                                      |                                  |   |
|------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Filho/filha | <input type="checkbox"/> Avó/avô | <input type="checkbox"/> Primo/prima    |
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Irmão/irmã  | <input type="checkbox"/> Tio/tia | <input type="checkbox"/> Não, sou só eu |

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**9. Quantos filhos tem? \***

- |                            |                            |                                    |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4         |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> mais de 4 |

**10. Quantos filhos tem com displasia óssea?** Caso tenha respondido "0" (zero) na pergunta anterior salte esta pergunta. \*

- |                            |                            |                                    |
|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4         |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> mais de 4 |

**11. Em quantos hospitais/centro de saúde tem acompanhamento clínico (consultas, terapias, etc.) relacionado com a sua Displasia Óssea?\***

- |   |                            |                                    |
|---|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não tenho acompanhamento | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 4         |
| <input type="checkbox"/> 1                        | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Mais de 4 |

**12. Indique todos os tipos de estabelecimento de saúde em que tem acompanhamento clínico relacionado com a sua Displasia Óssea?** Caso tenha respondido "Não tenho acompanhamento" na pergunta anterior, salte esta pergunta.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital local  | <input type="checkbox"/> Hospital no continente | <input type="checkbox"/> Hospital noutra ilha |
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Outro _____            |   |

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**13. Com que profissional de saúde tem acompanhamento regular?** Caso tenha respondido “Não tenho acompanhamento” na pergunta 9, salte esta pergunta.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico do Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Psicólogo             |
| <input type="checkbox"/> Médico no hospital        | <input type="checkbox"/> Nutricionista         |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta            | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro                | <input type="checkbox"/> Outro _____           |

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**14. Indique a especialidade do profissional de saúde com quem tem acompanhamento regular.** Caso tenha respondido “Não tenho acompanhamento” na pergunta 9, salte esta pergunta.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Genética Médica                                | <input type="checkbox"/> Psiquiatria               |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia/Medicina Física e de Reabilitação | <input type="checkbox"/> Reumatologia              |
| <input type="checkbox"/> Medicina Interna                               | <input type="checkbox"/> Obstetrícia e Ginecologia |
| <input type="checkbox"/> Nefrologia                                     | <input type="checkbox"/> Ortopedia                 |
| <input type="checkbox"/> Neurologia                                     | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia      |
| <input type="checkbox"/> Oncologia                                      | <input type="checkbox"/> Urologia                  |
| <input type="checkbox"/> Oftalmologia                                   | <input type="checkbox"/> Não sei                   |
| <input type="checkbox"/> Pediatria                                      | <input type="checkbox"/> Outro _____               |
| <input type="checkbox"/> Pneumologia                                    |  |

*Selecione apenas uma opção*

**15. Em que especialidade ou terapia tem mais dificuldade em conseguir consultas quando necessita ou acompanhamento continuado? Pode indicar mais do que uma, se for o caso.**

---

---

---

---

**16. Já teve consulta de genética médica? \***

- ☐ Sim, mas de momento não tenho
- ☐ Sim, tive, e continuo a ser acompanhado por geneticista
- ☐ Não, mas está agendada
- ☐ Não
- ☐ Não e desconhecia este tipo de consulta

*Selecione apenas uma opção*

**17. Já teve consulta na qual tenha recebido informação sobre a Displasia Óssea, incluindo seguimento, probabilidade de recorrência no contexto familiar e hereditariedade, eventuais opções reprodutivas disponíveis, associações de doentes e apoio psicossocial? \***

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não e desconhecia este tipo de consulta

*Selecione apenas uma opção*

**18. Estaria interessado/a em ter uma consulta com as características descritas na pergunta anterior? \***

- ☐ Sim      ☐ Não

**19. Em que tipo de zona reside? \***

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zona montanhosa/sinuosa | <input type="checkbox"/> Pequena povoação |
| <input type="checkbox"/> Zona plana              | <input type="checkbox"/> Cidade/Vila      |
| <input type="checkbox"/> Casa isolada            | <input type="checkbox"/> Outro _____      |

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**20. Qual o tipo de estradas entre a sua casa e o hospital/centro de acompanhamento? \***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estradas de asfalto                | <input type="checkbox"/> Estradas de terra |
| <input type="checkbox"/> Estradas de difícil acesso/sinuosa | <input type="checkbox"/> Outro _____       |

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**21. Quantos km viaja de sua casa até ao hospital/centro de saúde de acompanhamento?\***

\_\_\_\_\_

*Indique apenas o número.*

**22. Como se desloca para as consultas/tratamentos no hospital/centro de saúde, onde recebe cuidados? \***

☐ Viatura própria

☐ Barco

☐ Viatura de familiar, amigo, vizinho

☐ Avião

☐ Ambulância, transporte não urgente de doentes

☐ Outro \_\_\_\_\_

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**23. Tem ajuda para ir às consultas, por exemplo, transporte ou apoio financeiro? \***

☐ Sim

Se sim, indique que tipo de apoio ou apoios recebe:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Não

**24. Que tipo de apoio gostaria de receber para deslocações às consultas?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**25. Usa algum produto de apoio para se deslocar? \***

☐ Não

☐ Andarilho

☐ Cadeira de rodas

☐ Bengala

☐ Cadeira de rodas elétrica

☐ Outro \_\_\_\_\_

*Selecione as opções que se adequem.*

**26. Qual o seu nível de autonomia/independência para as seguintes atividade da vida diária? \***

	Sou independente	Com apoio de outra pessoa	Com objeto de apoio	Com apoio de pessoa e objeto	Não aplicável
Tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calçar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cozinhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduzir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Objetos de apoio podem ser: óculos, aparelho auditivos, calçadeiras, pinças, ganchos, tábua de transferência, etc.*

**27. Já solicitou produtos de apoio para a sua vida diária? (por exemplo: adaptações para a casa de banho, pinça extensível, cadeira de rodas, andarilho, etc.) \***

- ☐ Sim e já recebi produtos de apoio      ☐ Não
- ☐ Sim, mas nunca recebi produtos de apoio      ☐ Não sei o que são produtos de apoio

*Selecione apenas uma opção.*

**28. Nos últimos 12 meses, quantas consultas relacionadas com a sua Displasia Óssea, teve na ilha onde vive? \***

- ☐ Nenhuma      ☐ 6 a 9
- ☐ 1 a 2      ☐ Mais de 10
- ☐ 3 a 5

*Selecione apenas uma opção.*

**29. Em que especialidades teve estas consultas, caso se aplique? Caso tenha respondido “Nenhuma” na pergunta anterior, salte esta pergunta.**

---

---

---

**30. Considera que teve as consultas/terapias de que necessitava na ilha onde reside? \***

- ☐ Sim      ☐ Não



**31. Porque motivo não teve as consultas/terapias que necessita?** Caso tenha respondido “sim” na pergunta anterior, salte esta pergunta. \*

- ☐ Não há essa especialidade na ilha onde vivo
- ☐ Não consegui ir à consulta para não faltar à escola ou ao trabalho
- ☐ Porque os meus pais não podiam faltar ao trabalho
- ☐ Por motivos económicos
- ☐ Só há consulta noutra ilha/no continente e não tenho capacidade financeira para ir
- ☐ Pela dificuldade de deslocação do local onde vivo
- ☐ Outro \_\_\_\_\_

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**32. Nos últimos 12 meses, quantas consultas ou exames relacionados com a sua Displasia Óssea, teve fora da ilha onde reside? \***

- ☐ Nenhuma
- ☐ 1 a 2
- ☐ 3 a 5
- ☐ 6 a 9
- ☐ Mais de 10

*Selecione apenas uma opção.*

**33. Nos últimos 12 meses, teve acompanhamento em alguma das seguintes terapias, relacionado com a sua Displasia Óssea, na ilha onde reside? \***

- ☐ Não tive
- ☐ Fisioterapia
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ Terapia da fala
- ☐ Hipoterapia
- ☐ Outra \_\_\_\_\_

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**34. Já teve alguma consulta/terapia em hospital ou clínica particular ou privada, relacionada com a displasia óssea?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**35. Quantas consultas/terapias particulares ou privadas teve nos últimos 12 meses?** Caso tenha respondido “Não” na pergunta anterior, salte esta pergunta.

---

*Indique o número (por ex: 5)*

**36. Em média, quanto gastou por consulta particular (consulta e despesas de viagem)?** Caso tenha respondido “Não” na pergunta 34, salte esta pergunta.

---

*Indique o custo médio por consulta em EUROS (por ex: 150)*

**37. No que diz respeito à sua Displasia Óssea, como avalia o grau de dificuldade no acesso a cuidados de saúde especializados, na ilha onde reside? \***

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma  | <input type="checkbox"/> Alta       |
| <input type="checkbox"/> Baixa    | <input type="checkbox"/> Muito alta |
| <input type="checkbox"/> Moderada |                                     |

*Selecione apenas uma opção.*

**38. A nível da sua saúde mental e bem-estar emocional, como se sente atualmente? \***

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito bem | <input type="checkbox"/> Mal       |
| <input type="checkbox"/> Bem       | <input type="checkbox"/> Muito mal |
| <input type="checkbox"/> Razoável  |                                    |

*Selecione apenas uma opção.*

**39. Tem apoio ou acompanhamento psicológico? \***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sim                                  | <input type="checkbox"/> Não, porque não me sinto à vontade |
| <input type="checkbox"/> Não, porque não considero necessitar | <input type="checkbox"/> Outro _____                        |

*Selecione apenas uma opção.*

**40. Qual o seu nível de escolaridade atual ou último nível concluído?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1.º Ciclo do Ensino Básico | <input type="checkbox"/> Licenciatura  |
| <input type="checkbox"/> 2.º Ciclo do Ensino Básico | <input type="checkbox"/> Pós Graduação |
| <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo do Ensino Básico | <input type="checkbox"/> Mestrado      |

☐ Ensino Secundário

☐ Doutoramento

☐ Curso Profissional

☐ Pós Doutoramento

☐ Não sei/não se aplica

*Selecione apenas uma opção*

**41. Atualmente é estudante??**

☐ Sim

☐ Não

**42. Qual a distância de sua casa à escola? Indique os km aproximados?** Caso tenha respondido “Não” na pergunta anterior, salte esta pergunta.

---

*Indique o número apenas (por ex: 5).*

**43. Atualmente, recebe apoios educativos, integrados no ensino inclusivo (por exemplo, adaptações curriculares - Decreto de Lei 54/2018)? \***

☐ Sim

Indique quais apoios recebe:

---

☐ Não, embora tenha necessitado quando andei na escola

Indique os apoios educativos que necessitou, mas não teve acesso:

---

☐ Não recebo, mas necessito

Indique os apoios educativos que necessita, mas não tem acesso:

---

☐ Não recebo, mas já recebi

☐ Não recebo

☐ Desconhecia a existência de apoios educativos

*Selecione apenas uma opção.*

**44. Que barreiras/dificuldades enfrenta na escola, ou enfrentou quando frequentava?\***

☐ Não senti ou sinto barreiras ou dificuldades

☐ Bullying

☐ Dificuldade de se deslocar nos espaços físicos

☐ Estigma (olhares, comentários)

☐ Exclusão social por parte de colegas

☐ Dificuldades de aprendizagem

☐ Exclusão social por parte de professores ☐ Outro \_\_\_\_\_

☐ Exclusão em algumas disciplinas

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**45. Qual a sua situação profissional atual? \***

☐ Estudante

☐ Trabalhador por conta de outrem

☐ Trabalhador-estudante

☐ Desempregado

☐ Freqüente estágio profissional

☐ Estou de baixa / tenho incapacidade para trabalhar

☐ Trabalhador por conta própria

☐ Outro \_\_\_\_\_

*Selecione apenas uma opção.*

**46. Qual a distância de sua casa ao local de trabalho? Indique os km aproximados? Caso tenha respondido “Estudante” na pergunta anterior, salte esta pergunta.**

\_\_\_\_\_  
*Indique o número apenas (por ex: 5).*

**47. Que barreiras ou dificuldades enfrenta no seu emprego atual? Caso tenha respondido “Estudante” na pergunta 45, salte esta pergunta. \***

☐ Não sinto barreiras ou dificuldades

☐ Discriminação

☐ Limitações na mobilidade dentro do local de trabalho

☐ Questões de acessibilidade dentro do local de trabalho

☐ Falta de adaptações dentro do local de trabalho

☐ Dificuldade em cumprir o horário devido a dores

☐ Dificuldade em cumprir certas tarefas devido a limitações físicas

☐ Exclusão de atividades de lazer e/ou convívio em ambiente de trabalho

☐ Falta de compreensão da chefia para ausência por motivo de saúde (consultas, terapias, crises de dor)

☐ Outra \_\_\_\_\_

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**48. Com que frequência participa em atividades sociais ou sai com amigos ou colegas? \***

- ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente (1 ou 2 vezes por mês)
- ☐ Raramente (1 ou 2 vezes por ano) ☐ Frequentemente (1 ou mais vezes por semana)

*Selecione apenas uma opção.*

**49. Recebe apoio ou acompanhamento por técnico de ação social? \***

- ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Não, porque desconhecia a possibilidade deste apoio

*Selecione apenas uma opção.*

**50. Que apoios sociais tem? \***

- ☐ Não tenho apoios sociais
- ☐ Subsídio para Assistência a Filho com Deficiência ou Doença Crónica
- ☐ Bonificação do Abono de Família para Crianças e Jovens com Deficiência
- ☐ Prestação Social para a Inclusão (PSI)
- ☐ Subsídio de Educação Especial
- ☐ Produtos de Apoio para Pessoas com Deficiência ou Incapacidade
- ☐ Outro \_\_\_\_\_

*Selecione todas as opções que se adequem.*

**51. Tem Atestado de Incapacidade Multiuso? \***

- ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Não sei o que é

*Selecione apenas uma opção.*

**52. Qual a a percentagem de incapacidade atribuída no atestado de incapacidade?**

Responda apenas se tiver escolhido a opção “sim” na pergunta anterior.

\_\_\_\_\_  
*Indique o número apenas (por ex: 65).*

**53. O que poderia facilitar a sua vida a nível pessoal, social, educativo, profissional ou emocional?**

---

---

---

---

**Muito obrigado pela sua participação!**

Agradecemos muito o seu apoio na divulgação deste questionário junto de outras pessoas com Displasia Óssea e respetivas famílias, bem como de profissionais de saúde, educação, apoio social ou emprego que conheça.

**Se tiver interesse em receber os resultados deste questionário, por favor, partilhe o seu contacto (email ou telemóvel).**

---

## Projeto PonteS

A ANDO está a desenvolver o **Projeto PonteS**, que tem como objetivo caracterizar a realidade das pessoas com Displasia Óssea e das suas famílias nos Açores e na Madeira, criar informação específica e ativar a comunicação com profissionais de saúde com experiência nesta área.

No âmbito deste projeto, iremos realizar o **1.º Encontro Regional ANDO | Açores**, que terá lugar na **Ilha Terceira, a 28 de fevereiro de 2026**, onde serão apresentados os resultados globais deste questionário. Gostaríamos muito de contar com a sua presença!

**Se tiver interesse em participar no Encontro, por favor, partilhe o seu contacto (e-mail ou telemóvel).**

---

**Se tiver interesse em ouvir ou discutir algum tema em particular no Encontro, indique qual ou quais.**

---

**Terminou o questionário!**  
**Muito obrigado pela sua participação.**

**E agora?**

**A.** Pode enviar o questionário preenchido por correio para a ANDO Portugal para a seguinte morada: Avenida D. Leonor Fernandes, 46, 7005-144 Évora.

**B.** Pode entregar o questionário preenchido ao seu médico assistente. De seguida, informe-nos, ou peça ao seu médico que nos informe, por e-mail (**info@andoportugal.org**) ou por mensagem para o número **910 442 840**, indicando que existe um questionário preenchido, indicando o **centro de saúde ou hospital**, a **ilha** onde o questionário se encontra e a **data** (por exemplo: *Centro de Saúde da Madalena, Pico, 13/11/2025*).