
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS
SERVIÇO DE ESTATÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE VIDA

Inquérito Nacional de Saúde 2014

Questionário CAPI

ÍNDICE

RA - INFORMAÇÃO DO ALOJAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO	3
CSV - CARACTERIZAÇÃO DO INDIVÍDUO SELECIONADO	6
A - DADOS INDIVIDUAIS	6
EHSM - ESTADO DE SAÚDE	12
B - MÓDULO MÍNIMO DE SAÚDE EUROPEU	12
C - DOENÇAS CRÓNICAS	12
D - ACIDENTES E LESÕES	13
E - AUSÊNCIA LABORAL (POR RAZÕES DE SAÚDE)	14
F - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS FÍSICAS E SENSORIAIS	15
G - CUIDADOS PESSOAIS	17
H - ATIVIDADES DOMÉSTICAS	19
I - DOR	22
J - SAÚDE MENTAL	22
EHCM - CUIDADOS DE SAÚDE	24
K - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	24
L - ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA E DOMICILIÁRIA	25
M - CONSUMO DE MEDICAMENTOS	27
N - CUIDADOS PREVENTIVOS	28
O - SAÚDE REPRODUTIVA	30
P - NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS	33
EHDM - DETERMINANTES DA SAÚDE	34
Q - PESO E ALTURA	34
R - ATIVIDADE / EXERCÍCIO FÍSICO	35
S - CONSUMO DE ALIMENTOS	36
T - CONSUMO DE TABACO	38
U - CONSUMO DE ÁLCOOL	40
V - SATISFAÇÃO COM A VIDA	41
W - SUPORTE SOCIAL	42
X - CUIDADOS E ASSISTÊNCIA INFORMAL	43
Y - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	43
RD - RENDIMENTOS E DESPESAS	45
Z - RENDIMENTO E DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR	45
ANEXOS (cartões com equivalências)	49

RA - INFORMAÇÃO DO ALOJAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO

CICLO RESIDENTES ALOJAMENTO

N_INDIVIDUO

RA1. Diga-me, por favor, as pessoas que vivem habitualmente neste alojamento, ou seja, quem aqui passa o seu período diário de descanso ou aqui possui a maior parte dos seus haveres.

Deve considerar quem aqui vive há menos de 1 ano mas que tem intenção de aqui viver mais de 1 ano; os idosos (e os filhos de pais separados) que alternam a estadia na casa dos filhos (ou pais) por períodos de tempo idênticos se aqui estiverem no dia do preenchimento do questionário.

Os nomes que indicar servem apenas para facilitar o preenchimento do questionário, não ficando registados na base de dados do INE. Pode indicar apenas as iniciais dos nomes ou diminutivos, desde que permitam diferenciar claramente as pessoas.

N_INDIVIDUO_X

|_|_|

[NOME_IND_X]

N_INDIVIDUO_X

|_|_|

[NOME_IND_X]

N_INDIVIDUO_X

|_|_|

[NOME_IND_X]

N_INDIVIDUO_X

|_|_|

[NOME_IND_X]

N_TODOS_IND

RA1.VA1. Número de indivíduos residentes no alojamento

|_|_|

N_RESPONDENTE

RA2. Identificação do respondente: n.º de ordem

|_|_|

Assinale qual dos indivíduos listados é o que lhe está a dar a informação.

SEXO_X

RA3. Qual o sexo de [NOME_IND_X]?

Perguntar apenas em caso de dúvida; não perguntar relativamente ao próprio.

1 Masculino

1 ☐

2 Feminino

2 ☐

FILTRO RA1

SE N_RESPONDENTE = N_INDIVÍDUO → RA4.a

SE N_RESPONDENTE ≠ N_INDIVÍDUO → RA4.b

DT_NASC

RA4a. Qual é a sua data de nascimento?

RA4b. Qual é a data de nascimento de [NOME_IND_X]?

DT_NASC_2

RA4.1 Dia

Dia |_|_|

DT_NASC_3

RA4.2 Mês

Mês |_|_|

DT_NASC_4

RA4.3 Ano

9999 Não sabe

Ano |_|_|_|_| → **RA6.1**

9999 ☐ → **RA4.4**

DT_NASC_1

RA4.4a. Que idade tem?

RA4.4b. Que idade tem [NOME_IND_X]?

Idade |_|_|_|

IDADE_INDIV

RA4.VA1. Cálculo da idade do indivíduo à data da entrevista

Idade |_|_|_|

(Calcular idade obtida a partir de DT_NASC e data de aplicação do questionário)

DT_NASC_X

RA4.VA2. Cálculo da data de nascimento do indivíduo à data da entrevista

|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_|

(Calcular data de nascimento obtida a partir de DT_NASC e IDADE_INDIV e data de aplicação do questionário)

DATA_CICLO1

RA4.VA3. Aplicação imputa data (dia e mês) em que termina o registo do "Ciclo 1 - ciclo residentes alojamento"

(dia e mês) |_|_| - |_|_|

DIF_DIAS

RA4.VA4. Cálculo da diferença em dias entre (DATA_CICLO1) - (DT_NASC_2,DT_NASC_3)

FILTRO RA2

SE (IDADE_INDIV >= 15) → IND_ELEG = 1

ELSE → IND_ELEG = 2

IND_ELEG

RA5.VA1. Existência de indivíduos elegíveis

1 Sim

1 ☐

2 Não

2 ☐ → Fim questionário

IND_SELEC RA5.VA2. Identificação do indivíduo selecionado pelo método do último aniversário: nº de ordem |__|__|
(menor DIF_DIAS)

Quadro Resumo - Indivíduo Selecionado:

RA0610 RA6.1. A pessoa selecionada para responder ao inquérito (a última a fazer anos) é [NOME_IND_(IND_SELEC)], do sexo [SEXO_(IND_SELEC)] nascido a [DT_NASC_(IND_SELEC)]. Confirma?

- 1 Sim
2 Não

1 ☐ → RA6.2
2 ☐ → RA3

RA0620 RA6.2. Como referido na carta enviada pelo INE as perguntas deste inquérito estão relacionadas com o estado e cuidados de saúde, hábitos e estilos de vida preventivos da doença e por isso as respostas só podem ser dadas pelo próprio em privacidade. [NOME_IND_(IND_SELEC)] encontra-se disponível para responder?

No caso do entrevistado ter uma incapacidade de comunicação (por exemplo, surdez ou mudez total) ou desconhecimento da língua e se existir uma pessoa (com idade ≥ 15 anos) que possa ajudar na tradução durante a entrevista, deve ser considerado que tem disponibilidade para resposta (esta situação não é considerada com sendo entrevista proxy).

- 1 Sim
2 Não

1 ☐ → RA6.3
2 ☐ → RA7

RA0630 RA6.3. Registe se a entrevista vai ser auxiliada na tradução (incluindo linguagem gestual) por outro indivíduo que não o próprio.

Perguntar apenas em caso de dúvida.

- 1 Tradutor pertencente ao agregado
2 Tradutor não pertencente ao agregado
3 Sem recurso a tradutor

1 ☐ }
2 ☐ } **Filtro RA3**
3 ☐ }

FILTRO RA3

SE [IDADE_INDIV(IND_SELEC) < 18 → RA6.4

ELSE → RA4

RA0640 RA6.4. Registe se foi obtido o consentimento informado do responsável pelo menor.

Deve entregar o consentimento informado para preenchimento e assinatura à pessoa responsável pelo menor. A pessoa responsável é quem tem o poder paternal ou procuração assinada nesse sentido pelo detentor do poder paternal. Só pode iniciar a entrevista após a recolha do consentimento devidamente assinado.

- 1 Sim
2 Não

1 ☐ → Filtro RA4
2 ☐ → RA7

RA0700 RA7. Resultado da entrevista ao indivíduo

(Se RA0620 = 1 e RA0640 ≠ 2, imputa RA0700 = 1)

- 1 Entrevista conseguida
2 Ausente durante todo o período de recolha
8 Ausente no momento da entrevista
3 Recusa
5 Incapacidade de resposta devido a doença
6 Incapacidade de resposta devido a iliteracia
7 Incapacidade de resposta por desconhecimento da língua

1 ☐ → Filtro RA4
2 ☐ → Fim do questionário
8 ☐ → Marcar novo contacto
3 ☐ → Questionário Recusa
5 ☐ }
6 ☐ } **Fim do questionário**
7 ☐ }

FILTRO RA4

SE N_TODOS_IND > 1 E [IDADE_INDIV(IND_SELEC) ≥ 15 E [IDADE|TODOS_IND < 15] → RA11

SE N_TODOS_IND = 1 → DESP_PART = 1 → NIND_AGREG_SELECT = 1 → A1

ELSE → RA8

DESP_PART RA8. Todas as pessoas que indicou partilham o mesmo orçamento para as despesas de alojamento e alimentação?

Considerar todas as pessoas que contribuem e/ou beneficiam.

- 1 Sim
2 Não

1 ☐ → Filtro RA5
2 ☐

N_AGRGADO

RA9. Indique as pessoas que partilham consigo o mesmo orçamento para as despesas de alojamento e alimentação:

INDIVÍDUO_1 |__|
 INDIVÍDUO_2 |__|
 INDIVÍDUO_3 |__|
 INDIVÍDUO_N |__|

NIND_AGR_SELECT RA9.VA1. N.º indivíduos do agregado

|__|__| → Filtro RA5

(aplicação calcula número de indivíduos)

CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO

FILTRO RA5

SE NIND_AGR_SELECT > 1 E (Idade ≥ 16 E ≤ 64) E N_RESPONDENTE ≠ IND_SELEC → RA10

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → A1

SE NIND_AGR_SELECT > 1 E (((Idade < 16 E > 65) E N_RESPONDENTE ≠ IND_SELEC) OU (N_RESPONDENTE = IND_SELEC)) → RA11

RA1000 RA10. Atualmente, em termos de trabalho, em qual das situações se encontra [NOME_IND_X]? Vou ler-lhe as opções de resposta:

Opção 1 "Tem um emprego ..." → INCLUI os indivíduos que declaram trabalhar para uma pessoa de família com quem vivem, sem que recebam por esse trabalho; os indivíduos que se encontram ausentes por "baixa médica" ou licença parental; e indivíduos em formação profissional, estagiários ou aprendizes, desde que remunerados.

Opção 3 "... noutra situação de inatividade económica" → INCLUI a situação de estudantes, incapacitado permanente para o trabalho, doméstica(o) e em serviço cívico ou comunitário.

- | | |
|--|----------------------------|
| 1 Tem um emprego ou trabalho | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Está desempregado | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Está reformado ou noutra situação de inatividade económica | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

RA1100 RA11. [NOME_IND_X] vive com cônjuge ou companheiro?

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 Sim, legalmente casado | 1 <input type="checkbox"/> → RA11.1 |
| 2 Sim, em união de facto | 2 <input type="checkbox"/> → RA11.1 |
| 3 Não | 3 <input type="checkbox"/> → RA12 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → RA12 |

RA1110 RA11.1. Quem é o cônjuge/ companheiro?

|__|__| → Filtro RA6

FILTRO RA6

SE NIND_AGR_SELECT = 2 E RA1100(IND_SELEC) = 1 → A2

SE NIND_AGR_SELECT = 2 E RA1100(IND_SELEC) = 2 → A1

ELSE → RA12

RA1200 RA12. [NOME_IND_X] vive com o pai ou padrasto?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → RA12.1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> → RA13 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → RA13 |

RA1210 RA12.1. Quem é o pai ou padrasto?

|__|__|

RA1300 RA13. [NOME_IND_X] vive com a mãe ou madrasta?

- | | |
|-------------------------|---|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → RA13.1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> → Filtro RA7 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → Filtro RA7 |

RA1310 RA13.1. Quem é a mãe ou madrasta?

|__|__|

FILTRO RA7

SE [RA1100(IND_SELEC) = 1 → Imputa A1 = 2 → A2

ELSE → A1

A0100 A1. Qual é o seu estado civil?*Informação que consta no registo civil.*

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Solteiro | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Casado | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Viúvo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Divorciado | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

A0200 A2. Tem nacionalidade portuguesa?*Se tiver pendente um processo para obtenção de nacionalidade indique a que detém atualmente.*

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → A3 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> → A2.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → A3 |

A0210 A2.1. Então qual é o país da sua nacionalidade?*Se tiver múltipla nacionalidade indique a que detém há mais tempo.**Se tiver pendente um processo para obtenção de nacionalidade indique a que detém atualmente.**Se não tem nem nunca teve uma nacionalidade deve indicar "não sabe".*

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| | _ _ |
| | ISOALPHA2 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

A0300 A3. Nasceu em Portugal?*Considere as fronteiras atuais. Se nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, deve ser considerado o país de residência da sua mãe no momento do nascimento.*

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → A4 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> → A3.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → A4 |

A0310 A3.1. Então em que país nasceu?*Considere as fronteiras atuais. Se nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, deve ser considerado o país de residência da sua mãe no momento do nascimento.*

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| | _ _ → A7 |
| | ISOALPHA2 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → A8 |

A0400 A4. Já residiu fora de Portugal por um período contínuo de pelo menos um ano? Exclua as missões militares ou diplomáticas.*Se residiu em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe ou em Timor antes de 1974 responda "Sim".*

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

} A8

A0500 A5. Quantos anos residiu fora de Portugal?*Considere o último país onde residiu por um período contínuo de pelo menos um ano.*

- | | | |
|---------------------------|-------------|------------------------------|
| | N.º de anos | _ _ _ |
| 998 Prefere não responder | | 998 <input type="checkbox"/> |
| 999 Não sabe | | 999 <input type="checkbox"/> |

A0600 A6. Há quantos anos regressou?

Se residiu fora mais do que uma vez, considere a última vez que regressou a Portugal.

- 1 Há menos de um ano
 2 Há um ano ou mais
 8 Prefere não responder
 9 Não sabe

1 ☐ → A8
 2 ☐
 8 ☐ } A8
 9 ☐

A0610 A6.1. Registe o número de anos

999 Não sabe

|_|_|_| → A8
 999 ☐ → A6.1.A

A0610_A A6.1.A. Que idade tinha quando regressou?

Idade

999 Não sabe

|_|_|_| → A6.1.VA
 999 ☐ → A8

A0610_VA A6.1.VA. [aplicação calcula o número de anos desde o regresso a Portugal]

|_|_|_| → A8

A0700 A7. Há quantos anos reside em Portugal?

Se residiu fora mais do que uma vez, considere a última vez que regressou a Portugal.

- 1 Há menos de um ano
 2 Há um ano ou mais
 8 Prefere não responder

1 ☐ → A8
 2 ☐
 8 ☐ → A8

A0710 A7.1. Registe o número de anos

999 Não sabe

|_|_|_| → A8
 999 ☐ → A7.2

A0720 A7.2. Em que ano chegou a Portugal?

Ano

9999 Não sabe

|_|_|_|_| → A7.2.VA
 9999 ☐ → A7.2.A

A0720_A A7.2.A. Com que idade chegou a Portugal?

Idade

999 Não sabe

|_|_|_| → A7.2.VA
 999 ☐ → A8

A0720_VA A7.2.VA. [aplicação calcula o número de anos de residência em Portugal]

|_|_|_| → A8

A0800 A8. Atualmente, em termos de trabalho, em qual das situações se encontra? Vou ler-lhe as opções de resposta:

Trata-se de uma AUTO-CLASSIFICAÇÃO do indivíduo. No entanto, se houver dúvida por parte do entrevistado deverá ajudar / esclarecer, sem contudo condicionar as suas respostas. Se houver mais do que uma resposta, registar A PRINCIPAL.

Opção 1 "Tem um emprego ..." → INCLUI os indivíduos que declaram trabalhar para uma pessoa de família com quem vivem, sem que recebam por esse trabalho; os indivíduos que se encontram ausentes por "baixa médica" ou licença parental; e indivíduos em formação profissional, estagiários ou aprendizes, desde que remunerados.

Opção 4 "Está reformado ..." → INCLUI APENAS os indivíduos que tiveram uma atividade e agora estão reformados; NÃO INCLUI os indivíduos que NUNCA trabalharam, mesmo que recebam uma pensão.

Opção 5 "Incapacitado permanente ..." → INCLUI os indivíduos com incapacidade permanente para o trabalho e ainda se encontram em idade ativa, mesmo que recebam uma pensão de invalidez.

Opção 7 "Presta serviço cívico ..." → INCLUI serviço comunitário imposto pelo Tribunal como cumprimento de uma pena, ou voluntariado.

Opção 8 "Tem outra situação de inatividade" → INCLUI os indivíduos que NUNCA trabalharam, mesmo que recebam uma pensão.

- 1 Tem um emprego ou trabalho
 2 Está desempregado
 3 É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado
 4 Está reformado do trabalho ou com reforma antecipada
 5 É incapacitado permanente (impossibilidade permanente para o trabalho)
 6 Ocupa-se de tarefas domésticas
 7 Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)
 8 Tem outra situação de inatividade
 98 Prefere não responder

1 ☐
 2 ☐
 3 ☐
 4 ☐
 5 ☐ } A14.1
 6 ☐
 7 ☐
 8 ☐
 98 ☐

A0900 A9. No seu emprego ou negócio principal trabalha por conta de outrem, por conta própria ou trabalha sem ser pago para uma pessoa de família com quem vive?

Pretende-se uma AUTO-CLASSIFICAÇÃO do indivíduo. Emprego ou negócio principal: aquele que o entrevistado determine ou em caso de dúvida o que ocupa mais horas.

Em caso de dúvida entre TCO e TCP pergunte ao indivíduo se trabalha sob a autoridade de outrem. Se SIM → Opção 1 - "TCO"; se NÃO → Opção 2 - "TCP".

Opção 1 "Trabalha por conta de outrem" → INCLUI estágios profissionais remunerados.

Opção 2 "Trabalha por conta própria" → INCLUI os indivíduos que são membros de cooperativas de produção E os indivíduos que trabalham na agricultura ou pesca de subsistência (tudo ou quase tudo o que produzem é para autoconsumo).

Opção 3 "Trabalhador familiar" → CONFIRME que o indivíduo trabalha para um familiar COM QUEM VIVE, sem ser pago (num negócio, gabinete profissional ou exploração agrícola orientado para o mercado).

- 1 Trabalha por conta de outrem
- 2 Trabalha por conta própria
- 3 Trabalhador familiar não remunerado
- 8 Prefere não responder

1 ☐ → A10
 2 ☐
 3 ☐ } A10
 8 ☐

A0910 A9.1. Tem empregados ao seu serviço?

Opção 1 "Sim" → Quando o indivíduo tem ao seu serviço (contratados) um ou mais trabalhadores PAGOS.

Opção 2 "Não" → Se não tiver empregados pagos ou se tiver, EXCLUSIVAMENTE, trabalhadores familiares não remunerados (que vivem com ele no alojamento).

- 1 Sim
- 2 Não
- 8 Prefere não responder

1 ☐
 2 ☐
 8 ☐

A1000 A10. Atualmente, qual é a sua profissão principal? [O que é que faz?]

O descritivo da profissão deve ser "preciso" e "completo", de forma a que possa ser codificado com o nível de detalhe pretendido.

Se o indivíduo hesitar pergunte: "O que faz?", "Quais as suas tarefas?".

Se o indivíduo tiver mais do que uma profissão, peça-lhe para considerar aquela que atualmente lhe ocupa mais tempo (maior número de horas).

No caso da agricultura e pesca "de subsistência", ou seja, EXCLUSIVAMENTE para consumo do agregado, sendo este consumo importante no orçamento familiar, existem códigos específicos da CPP; como tal, esta informação deve constar no descritivo.

 Descritivo profissão

- 8 Prefere não responder

8 ☐

A1010 A10.VA1. CPP - 10 (2 dígitos)

 CPP - 10 (2 dígitos)

A1100 A11. Qual é a principal atividade do local onde trabalha?

O descritivo da principal atividade do local onde o indivíduo trabalha deve ser "preciso" e "completo", de forma a que possa ser codificado com o nível de detalhe pretendido.

Se o indivíduo hesitar pergunte: "O que se faz no local onde trabalha?". Se existir mais do que uma atividade no local onde o indivíduo trabalha, deverá indicar a principal atividade, ou seja, aquela que ocupa o maior número de pessoas ou a que gera mais lucro.

Se o indivíduo não tiver um local de trabalho fixo ou trabalhar no domicílio, indicar a atividade principal do local do qual o indivíduo depende laboralmente.

Para os indivíduos que têm contrato com empresas de trabalho temporário deverá ser indicada a principal atividade do local onde trabalham, e não a atividade da empresa de trabalho temporário.

Se o indivíduo trabalhar numa empresa/organismo com vários estabelecimentos com diferentes atividades, deverá indicar a atividade económica do estabelecimento onde exerce a sua profissão.

 Descritivo atividade

- 8 Prefere não responder

8 ☐

A1110 A11.VA1. CAE - rev.3. (2 dígitos)

 CAE rev.3 (2 dígitos)

A1200 A12. Trabalha a tempo inteiro?

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } **Filtro A1**

FILTRO A1

SE A0900 = 1 → A13

SE A0900 ≠ 1 → A14.1

A1300 A13. É um contrato sem termo ou com termo?*INCLUI contratos de trabalho, de prestação de serviços ou de estágio.**Opção 2 "Com termo, ou seja, a prazo" → INCLUI os indivíduos em prestação de serviços (recibos verdes ou semelhantes) E os indivíduos com contratos de trabalho sazonal e trabalhos pontuais ou ocasionais.*

- 1 Sem termo, ou seja, "é efetivo" ou "está no quadro"
2 Com termo, ou seja, a prazo
3 Sem contrato escrito
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐

A1410 A14.1. Qual o ano ou nível de escolaridade mais elevado que completou ou ao qual obteve equivalência?*INCLUI a escolaridade regular - frequência da "escola" - e os cursos de dupla certificação (escolar e profissional).**Deve registar o nível de escolaridade que o indivíduo completou efetivamente (e não o atingido). Por exemplo, um indivíduo que terminou o 10.º ano (que faz parte do ensino secundário) completou o 3º ciclo do ensino básico, pois para ter completado o ensino secundário teria de ter concluído o 12.º ano.**No caso de a resposta não ter correspondência com os anos/níveis apresentados, registar 11 "Sem correspondência" para aceder à tabela dos níveis de escolaridade antigos.**Se o nível de escolaridade mais elevado que o entrevistado completou foi obtido no estrangeiro, deverá ser assinalado o nível correspondente no sistema de ensino português.*

- 1 Nenhum ou 1.º ou 2.º ou 3.º ano completos
2 Básico – 1.º ciclo, ou seja, 4.º ou 5.º ano de escolaridade completos
3 Básico – 2.º ciclo, ou seja, 6.º ou 7.º ou 8.º ano de escolaridade completos
4 Básico – 3.º ciclo, ou seja, 9.º ou 10.º ou 11.º ano de escolaridade completos
5 Secundário, ou seja, 12.º ano de escolaridade completo
6 Pós-secundário, ou seja, cursos de especialização tecnológica não superior
7 Superior – bacharelato
8 Superior – licenciatura
9 Superior – mestrado
10 Superior – doutoramento
11 Sem correspondência (anos/ níveis antigos)
98 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐ } **Filtro A3**
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐ → **A14.2**
9 ☐ } **Filtro A3**
10 ☐
11 ☐ → **A14.1.A**
98 ☐ → **Filtro A3**

A1410_A A14.1.A. Qual o ano ou nível de escolaridade mais elevado que completou ou ao qual obteve equivalência?

- 1 4ª classe
2 Diploma da 3ª classe
3 1º ciclo do ensino recorrente
4 1º ciclo liceal
5 Ciclo preparatório do ensino técnico-profissional
6 Ciclo preparatório
7 Telescola
8 Ciclo complementar do ensino básico (5ª e 6ª classes)
9 Curso unificado telescola
10 2º ciclo do ensino recorrente
11 2º ano dos seminários
12 2º ciclo liceal
13 5º ano do curso geral dos liceus
14 5º ano dos seminários
15 6º ano dos seminários
16 Curso geral (comércio, indústria, agrícola, etc.)
17 Cursos de mestrança

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐
9 ☐
10 ☐
11 ☐
12 ☐
13 ☐
14 ☐
15 ☐
16 ☐
17 ☐

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------|
| 18 Cursos de especialização | 18 <input type="checkbox"/> | } Filtro A3 |
| 19 5º ano experimental do ensino preparatório | 17 <input type="checkbox"/> | |
| 20 Curso geral unificado (7º, 8º e 9º anos) | 20 <input type="checkbox"/> | |
| 21 3º ciclo do ensino recorrente | 21 <input type="checkbox"/> | |
| 22 6º ano das escolas técnicas | 22 <input type="checkbox"/> | |
| 23 3º ciclo liceal (7º ano dos liceus) | 23 <input type="checkbox"/> | |
| 24 7º ano dos seminários | 24 <input type="checkbox"/> | |
| 25 Curso complementar liceal diurno | 25 <input type="checkbox"/> | |
| 26 Curso complementar liceal noturno | 26 <input type="checkbox"/> | |
| 27 Cursos complementares técnicos | 27 <input type="checkbox"/> | |
| 28 Propedêutico | 28 <input type="checkbox"/> | |
| 29 12º ano - via ensino | 29 <input type="checkbox"/> | |
| 30 12º ano - via profissionalizante | 30 <input type="checkbox"/> | |
| 31 Ensino secundário recorrente | 31 <input type="checkbox"/> | |
| 32 1º, 2º e 3º anos do ensino filosófico | 32 <input type="checkbox"/> | |
| 33 Magistério primário | 33 <input type="checkbox"/> | |
| 34 Curso de educadores de infância profissionalizados pelas ex-escolas de educadores de infância | 34 <input type="checkbox"/> | |
| 35 Curso de regente agrícola | 35 <input type="checkbox"/> | |
| 36 Curso de eletrotecnia e máquinas dos Institutos Industriais | 36 <input type="checkbox"/> | |
| 37 Curso de eletrotecnia e máquinas do Instituto Técnico Militar | 37 <input type="checkbox"/> | |
| 38 Curso de construções civis e minas dos Institutos Industriais | 38 <input type="checkbox"/> | |
| 39 Curso de química laboratorial e industrial dos Institutos Industriais | 39 <input type="checkbox"/> | |
| 40 Curso de contabilista dos Institutos Comerciais | 40 <input type="checkbox"/> | |
| 41 Curso de contabilista dos Instituto Técnico Militar | 41 <input type="checkbox"/> | |
| 42 Curso de perito aduaneiro dos Institutos Comerciais | 42 <input type="checkbox"/> | |
| 43 Curso de correspondente em línguas estrangeiras dos Institutos Comerciais | 43 <input type="checkbox"/> | |
| 44 Curso de enfermagem complementar | 44 <input type="checkbox"/> | |
| 45 Cursos de especialização em enfermagem | 45 <input type="checkbox"/> | |
| 46 Curso de pedagogia e de administração para enfermeiros especialistas | 46 <input type="checkbox"/> | |
| 47 Curso de enfermagem geral | 47 <input type="checkbox"/> | |

A1420 A14.2. Em que ano terminou a licenciatura?*Se um indivíduo tiver terminado mais do que uma licenciatura, considere a primeira.*

9998 Prefere não responder

9999 Não sabe

|_|_|_|_| → Filtro A2

9998 ☐ → Filtro A39999 ☐ → A14.2.A**A1420_A A14.2.A. Há quantos anos terminou a licenciatura?**

Anos

999 Não sabe

|_|_|_|_| → A14.2.VA

999 ☐ → A14.2.B**A1420_B A14.2.B. Que idade tinha quando terminou a licenciatura?**

Idade

999 Não sabe

|_|_|_|_| → A14.2.VA

999 ☐ → Filtro A3**A1420_VA A14.2.VA. [aplicação calcula o ano de conclusão da licenciatura]**

|_|_|_|_| → Filtro A2

FILTRO A2

SE (A1420 ≥ 2007 E ≤ 2012) OU (A1420_VA ≥ 2007 E ≤ 2012) → A14.3

ELSE → Filtro A3

A1430 A14.3. A licenciatura que completou era pós-Bolonha (1º ciclo)?

1 Sim, era pós-Bolonha

2 Não, era pré-Bolonha

3 Não sabe

8 Prefere não responder

1 ☐ } Filtro A32 ☐ }3 ☐ → A14.48 ☐ → Filtro A3**A1440 A14.4. A licenciatura que completou era de 3 anos ou era de mais de 3 anos?**

1 De 3 anos

2 Mais de 3 anos

8 Prefere não responder

1 ☐ } Filtro A32 ☐ }8 ☐ }

FILTRO A3

SE [Região = Continente] → A15a

SE [Região = RAA OU RAM] → A15b

A1500 A15a. Para além do Serviço Nacional de Saúde, é beneficiário de um subsistema de assistência na doença, como por exemplo ADSE ou SAMS? Não considere seguros de saúde.

A15b. Para além do Serviço Regional de Saúde, é beneficiário de um subsistema de assistência na doença, como por exemplo ADSE ou SAMS? Não considere seguros de saúde.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐ → A15.1
2 ☐
8 ☐ } A16
9 ☐

A1510 A15.1 Qual é o subsistema de que é beneficiário?

Se beneficiar de mais do que um, indique o que utiliza com mais frequência.

- 1 ADSE (Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas)
2 ADM (Assistência na Doença aos Militares)
3 SAD/PSP (Saúde e Assistência na Doença à PSP)
4 SAD/GNR (Saúde e Assistência na Doença à GNR)
5 SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários)
6 Outro
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
8 ☐
9 ☐

A1600 A16. Tem seguro de saúde?

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐ → A16.1
2 ☐
8 ☐ } Filtro A4
9 ☐

A1610 A16.1 Quais as coberturas que este lhe garante? Vou ler-lhe as opções de resposta:

Se tiver mais do que um seguro, considere a totalidade das coberturas dadas por todos os seguros.

- 1 Apenas internamento
2 Internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica
3 Internamento, consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e medicamentos
4 Outras combinações de riscos
5 Todos os riscos
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐ } Filtro A4
5 ☐
8 ☐
9 ☐

FILTRO A4

SE sexo = 2 E idade ≤ 55 anos → A17

ELSE → B1

Como algumas das próximas questões estão relacionadas com o facto de estar ou ter estado grávida, por favor responda às seguintes questões:

A1700 A17. Está grávida?

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
8 ☐
9 ☐

A1800 A18. E esteve grávida nos últimos 12 meses?

Se está grávida, não considere a gravidez atual. INCLUI gravidez com filhos nascidos vivos ou não e gravidez que não chegou ao seu termo, independentemente dos motivos.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

EHSM

ESTADO DE SAÚDE

B - MÓDULO MÍNIMO DE SAÚDE EUROPEU

B0100 B1. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?

Leia as opções de resposta.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Muito bom | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Bom | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Razoável | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Mau | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Muito mau | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

B0200 B2. Tem alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado?

Doença crónica ou problema de saúde prolongado: que dura ou que possa vir a durar 6 ou mais meses. INCLUI problemas de saúde controlados com medicação, problemas sazonais (p. ex. alergias) ou problemas de saúde causados por lesões, patologias congénitas ou malformações à nascença. EXCLUI problemas temporários.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

B0300 B3. Durante pelo menos os últimos seis meses, em que medida se sentiu limitado para realizar atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas, devido a um problema de saúde? Diria que se sentiu ...

Leia as opções de resposta.

O período de 6 meses refere-se à duração da limitação na realização das atividades e não à duração do problema de saúde. As atividades referem-se às que a generalidade das pessoas faz habitualmente e não às efetivamente realizadas pela pessoa.

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 1 Severamente limitado | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Limitado mas não severamente | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Nada limitado | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

C - DOENÇAS CRÓNICAS

C0. Durante os últimos 12 meses sofreu de alguma das seguintes doenças?

- | | Sim | Não | Prefere não responder | Não sabe |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| C0100 C1. Asma (incluindo asma alérgica) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C0200 C2. Bronquite crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica ou enfisema | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C0300 C3. Enfarte do miocárdio (ou ataque cardíaco) ou de consequências crónicas do enfarte do miocárdio | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C0400 C4. Doença coronária ou angina de peito | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| <i>INCLUI todas as doenças das artérias do coração. Exclui as consequências crónicas do enfarte do miocárdio.</i> | | | | |
| C0500 C5. Tensão arterial alta, isto é, hipertensão arterial | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C0600 C6. AVC (acidente vascular cerebral) ou de consequências crónicas de um AVC | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| C0700 C7. Artrose (ou doença degenerativa das articulações) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

C0800	C8. Dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0900	C9. Dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Filtro C					

FILTRO C					
SE A1700 = 1 OU A1800 = 1 → C10a; ELSE → C10b					

C1000	C10a. Diabetes, excluindo a diabetes durante a gravidez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	C10b. Diabetes				
C1100	C11. Alergias, tais como, rinite, febre dos fenos, conjuntivite alérgica, dermatite, alergias alimentares ou outras alergias <i>EXCLUI asma alérgica.</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1200	C12. Cirrose hepática <i>Doença crónica do fígado. Inclui todas as cirroses (mesmo não alcoólicas).</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1300	C13. Incontinência urinária ou problemas de controlo da bexiga	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1400	C14. Problemas renais crónicos, incluindo insuficiência renal <i>As pedras nos rins só devem ser consideradas caso entenda que é um problema crónico ou prolongado.</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1500	C15. Depressão	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

D - ACIDENTES E LESÕES

D0100	<p>D1. Nos últimos 12 meses, teve algum acidente que lhe tenha provocado alguma lesão física? Não considere os acidentes de trabalho.</p> <p><i>Lesão: alteração patológica de um tecido num organismo vivo causado por doença ou trauma. INCLUI as lesões causadas por envenenamento ou provocadas por animais (por exemplo, insetos). EXCLUI agressões intencionais infligidas por terceiros e as autoinfligidas.</i></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>9 <input type="checkbox"/></p>	} Filtro E
D0110	<p>D1.1. Do(s) acidente(s) que teve, algum foi acidente de viação (mesmo como peão)?</p> <p><i>Acidentes ocorridos em vias públicas ou parques de estacionamento e que envolvem necessariamente um veículo de transporte terrestre (não inclui barcos, comboios e aviões). O acidente pode envolver condutores, passageiros ou peões. Por exemplo: queda de bicicleta na via pública, choque entre dois carros na via pública, atropelamento de um peão por um carro, despiste de um condutor de uma moto.</i></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	
D0120	<p>D1.2. Algum foi acidente doméstico?</p> <p><i>Qualquer acidente ocorrido dentro da residência do próprio ou de terceiros, ou nas respetivas imediações (garagem, jardim, entrada). Por exemplo, um corte ou queimadura a preparar a comida, queda de um escadote ao fazer um pequeno arranjo doméstico.</i></p> <p><i>EXCLUI acidentes ocorridos em atividades profissionais (exercidas em casa).</i></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	
D0130	<p>D1.3. Algum ocorreu nas suas atividades de lazer?</p> <p><i>Acidentes ocorridos em atividades pessoais desenvolvidas por prazer ou interesse, excluindo acidentes ocorridos em casa ou nas suas imediações. Por exemplo, partir um braço ao escalar uma montanha, torcer o pé ao fazer uma corrida, cair de bicicleta numa montanha.</i></p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p>	

D0100_AUX D1.aux Cálculo automático de soma dos tipos de acidente ($\sum D0110=1 + D0210=1 + D0310=1$)

|_|_| → Filtro D

FILTRO D

SE D0100_aux = 1 → D2a;

SE D0100_aux > 1 → D2b;

ELSE → Filtro E

D0200 D2a. Devido a esse acidente necessitou de receber cuidados de saúde prestados por médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde? Se teve mais do que um acidente considere apenas o mais grave.

D2b. Considere o acidente mais grave, aquele que exigiu um tratamento mais importante. Devido a esse acidente necessitou de receber cuidados de saúde prestados por médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde?

INCLUI cuidados prestados no local do acidente ou noutro local. Se a lesão foi tratada apenas pelo próprio ou por um familiar (não profissional de saúde) registre opção 2 "Não".

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

1 ☐ → D32 ☐ } Filtro E8 ☐ }

D0300 D3. Recebeu esses cuidados de saúde num hospital ou noutro estabelecimento de saúde com internamento?

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

1 ☐ → D42 ☐ } Filtro E8 ☐ }

D0400 D4. Ficou internado pelo menos uma noite?

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

1 ☐ } Filtro E2 ☐ }8 ☐ }**E - AUSÊNCIA LABORAL (POR RAZÕES DE SAÚDE)****FILTRO E**

Se A0800 = 1 → E1;

Se A0800 ≠ 1 → F1

E0100 E1. Nos últimos 12 meses, faltou ao trabalho pelo menos um dia completo devido a problemas de saúde?

INCLUI todos os tipos de doenças, lesões ou outros problemas de saúde que tenham motivado a ausência ao trabalho (independentemente da justificação que apresentou no trabalho, caso seja trabalhador por conta de outrem). EXCLUI as ausências para consultas de rotina, acompanhamento de uma pessoa doente e licença parental.

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐2 ☐ } F18 ☐9 ☐

E0200 E2. No total, quantos dias completos esteve ausente nos últimos 12 meses?

CONSIDERE o número de dias completos incluindo dias de semana, fins de semana e feriados. Se esteve ausente por diversos períodos devem ser contabilizados o total de dias.

Número de dias completos

999 Não sabe

|_|_|_| → F1

999 ☐ → E2_aux.1

E2_aux.1 Número de meses

|_|_|

E2_aux.2 Número de semanas

|_|_|

E2_aux.3 Número de dias completos

|_|_|_|

E2.VA. Cálculo automático em dias

|_|_|_|

E0200_AUX

F - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS FÍSICAS E SENSORIAIS

Vamos passar para perguntas relacionadas com a sua saúde física e a realização de várias atividades. Por favor ignore quaisquer problemas temporários.

F0100 F1. Usa óculos, lentes de contacto ou lentes intraoculares?

Se o entrevistado for completamente cego, assinale o código 3.

- 1 Sim
2 Não
3 Cego (não consegue ver de todo)
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → F2.1a
2 ☐ → F2.1b
3 ☐ } F3
8 ☐ }

F0210 F2.1a. E quando usa óculos, lentes de contacto ou lentes intraoculares tem dificuldade em ver?
F2.1b. E tem dificuldade em ver?

Devem considerar-se as dificuldades de visão quer a longa quer a curta distância e com boas condições de luminosidade.

(Se F0100 = 3 → F0210 = 1)

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐
2 ☐ } F3
8 ☐ }

F0220 F2.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue ver de todo?

(Se F0100 = 3 → F0220 = 3)

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

F0300 F3. Usa uma prótese ou implante auditivo?

Se o entrevistado for completamente surdo, assinale o código 3.

- 1 Sim
2 Não
3 Surdo (surdez profunda)
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → F4.1a
2 ☐ → F4.1b
3 ☐ } F6.1
8 ☐ }

F0410 F4.1a. Num quarto ou sala silenciosos, mesmo usando a prótese ou implante auditivo, tem dificuldade em ouvir o que é dito por outra pessoa numa conversa?**F4.1b. Num quarto ou sala silenciosos tem dificuldade em ouvir o que é dito por outra pessoa numa conversa?**

A resposta deve refletir a capacidade auditiva geral numa situação normal sem ruído de fundo ou com um nível de ruído muito baixo. Refere-se a conversas com outra pessoa no mesmo espaço. EXCLUI conversa telefónica.

(Se F0300 = 3 → F0410 = 1)

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐
2 ☐ } Filtro F1
8 ☐ }

F0420 F4.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue ouvir de todo?

(Se F0300 = 3 → F0420 = 3)

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐ } Filtro F1
2 ☐
3 ☐
8 ☐ } F6.1
9 ☐

FILTRO F1

SE F0300 = 1 → F5.1a

SE F0300 = 2 → F5.1b

F0510 F5.1a. E num quarto ou sala ruidosos, mesmo usando a prótese ou implante auditivo, tem dificuldade em ouvir o que é dito por outra pessoa numa conversa?

F5.1b. E num quarto ou sala ruidosos tem dificuldade em ouvir o que é dito por outra pessoa numa conversa?

A resposta deve refletir a capacidade auditiva geral numa situação com ruído de fundo. As dificuldades auditivas incluem diversos aspetos específicos, por exemplo, percepção de volume e tom, distinção do discurso contra o ruído de fundo ou localização dos sons. Refere-se a conversas com outra pessoa no mesmo espaço. EXCLUI conversa telefónica.

(Se F0300 = 3 → F0510 = 1)

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } F6.1

F0520 F5.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue ouvir de todo?

(Se F0300 = 3 → F0520 = 3)

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

F0610 F6.1. Tem dificuldade em falar?

A resposta deve refletir a capacidade do entrevistado para produzir mensagens verbais audíveis e compreensíveis; não confundir com situações de timidez em falar perante um grupo.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } F7.1

F0620 F6.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue falar de todo?

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

F0710 F7.1. Tem dificuldade em caminhar 500 metros num terreno plano sem ajuda?

500 metros corresponde, por exemplo, a 5 vezes o comprimento do relvado de um estádio de futebol. Entende-se por ajudas: ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andarilho, prótese, cadeira de rodas) ou ajuda de outra pessoa. A utilização de um cão-guia ou de uma bengala por uma pessoa cega sem limitações na mobilidade não deve ser considerada como ajuda.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐ → F9.1
8 ☐ → F8.1

F0720 F7.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

F0810 F8.1. E uma distância de 200 metros, tem dificuldade em caminhar, considerando um terreno plano e sem ajuda?

200 metros corresponde, por exemplo, a 2 vezes o comprimento do relvado de um estádio de futebol.

(Se F0710 = 2 → F0810 = 2)

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } F9.1

F0820 F8.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

F0910 F9.1. Tem dificuldade em subir ou descer 12 degraus sem ajuda?

Entende-se por ajudas: ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andarilho, prótese, cadeira de rodas) ou ajuda de outra pessoa. A utilização de um cão-guia ou de uma bengala por uma pessoa cega sem limitações na mobilidade não deve considerada como ajuda.

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro G1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

F0920 F9.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro G1 |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

G - CUIDADOS PESSOAIS

FILTRO G1

SE Idade ≥ 65 → G1.1;

ELSE → I1

Agora pense nos cuidados pessoais do dia a dia.

G0110 G1.1. Habitualmente tem dificuldade em comer ou beber sem ajuda?

INCLUI levar a comida do prato à boca, levantar um copo cheio até à boca, cortar a comida, usar o garfo ou colher, espalhar manteiga ou doce numa fatia de pão, pôr sal na comida. EXCLUI comprar, preparar ou cozinhar alimentos. Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, próteses).

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|--------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | → G1.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | } G2.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

G0120 G1.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

G0210 G2.1. Habitualmente tem dificuldade em deitar-se e levantar-se da cama ou em sentar-se e levantar-se de uma cadeira sem ajuda?

INCLUI deitar-se e levantar-se da cama, sentar-se e levantar-se de uma cadeira, conseguindo ficar de pé. Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andarilho, prótese ou cadeira de rodas).

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|--------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | → G2.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | } G3.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

G0220 G2.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

No caso de o entrevistado ter um nível diferente de dificuldade em realizar as duas atividades, a resposta deve corresponder à atividade que é mais difícil para o entrevistado.

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

G0310 G3.1. Habitualmente tem dificuldade em vestir-se ou despir-se sem ajuda?

INCLUI tirar roupas de armários e gavetas, vesti-la, abrir e fechar todos os fechos da roupa, apertar os sapatos, abotoar a roupa.

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andador, prótese ou cadeira de rodas).

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → G3.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } G4.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } |

G0320 G3.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

No caso de o entrevistado ter um nível diferente de dificuldade em realizar as duas atividades, a resposta deve corresponder à atividade que é mais difícil para o entrevistado.

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

G0410 G4.1. Habitualmente tem dificuldade em utilizar a retrete sem ajuda?

INCLUI o uso de papel higiénico e a limpeza após a realização das necessidades fisiológicas, arranjar a roupa antes e depois do uso sanitário.

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andador, prótese ou cadeira de rodas).

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → G4.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } G5.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } |

G0420 G4.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

G0510 PC1e G5.1. Habitualmente tem dificuldade em tomar banho ou duche sem ajuda?

INCLUI lavar e secar o corpo todo, entrar e sair da banheira ou do duche.

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andador, prótese ou cadeira de rodas).

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → G5.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } G6.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } |

G0520 G5.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

No caso de o entrevistado ter um nível diferente de dificuldade em realizar as duas atividades, a resposta deve corresponder à atividade que é mais difícil para o entrevistado.

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

G0610 G6.1. Habitualmente tem dificuldade em lavar as mãos e a cara sem ajuda?*Sem ajuda de outra pessoa.*

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → G6.2
2 ☐ }
8 ☐ } Filtro G2

G0620 G6.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐ }
2 ☐ }
3 ☐ } Filtro G2
8 ☐ }
9 ☐ }

FILTRO G2

SE [G0110 = 2 E G0210 = 2 E G0310 = 2 E G0410 = 2 E G0510 = 2] → H1
ELSE → G7

G0700 G7. Habitualmente recebe ajuda para algum destes cuidados pessoais?*Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, recurso a ajudas técnicas e adaptação da habitação.*

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → G8a
2 ☐ }
8 ☐ } G8b

G0800 G8a. E precisa de mais ajuda?
G8b. E precisa de ajuda?

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
8 ☐
9 ☐

H - ATIVIDADES DOMÉSTICAS

Para um conjunto de atividades domésticas que lhe vou indicar, pretendo saber se tem ou não dificuldade em fazê-las ou nunca teve que as fazer por outras razões que não de saúde, incapacidade ou velhice.

H0110 H1.1. Habitualmente tem dificuldade em preparar refeições sem ajuda?*LEIA as opções de resposta.**INCLUI preparar os alimentos e cozinhar. EXCLUI aquecer apenas alimentos já preparados.**Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andador, prótese ou cadeira de rodas).*

- 1 Sim
2 Não
3 Nunca teve que o fazer
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → H1.2
2 ☐ }
3 ☐ } H2.1
8 ☐ }

H0120 H1.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

H0210 H2.1. Habitualmente tem dificuldade em usar o telefone sem ajuda?

INCLUI marcar o número de telefone, fazer chamadas e atender o telefone, independentemente de ser um telefone fixo ou móvel.

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, prótese ou cadeira de rodas).

- 1 Sim
2 Não
3 Nunca teve que o fazer
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → H2.2
2 ☐
3 ☐ } H3.1
8 ☐

H0220 H2.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

H0310 H3.1. Habitualmente tem dificuldade em ir às compras sem ajuda?

INCLUI selecionar, comprar e transportar os bens necessários para o dia a dia.

EXCLUI o transporte de compras pesadas.

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andador, prótese ou cadeira de rodas).

- 1 Sim
2 Não
3 Nunca teve que o fazer
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → H3.2
2 ☐
3 ☐ } H4.1
8 ☐

H0320 H3.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

H0410 H4.1. Habitualmente tem dificuldade em preparar e tomar a medicação a horas sem ajuda?

INCLUI preparar a medicação no dia a dia nas dosagens certas e tomá-los à hora certa.

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas.

- 1 Sim
2 Não
3 Nunca teve que o fazer
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → H4.2
2 ☐
3 ☐ } H5.1
8 ☐

H0420 H4.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- 1 Tem alguma dificuldade
2 Tem muita dificuldade
3 Não consegue de todo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

H0510 H5.1. Habitualmente tem dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras sem ajuda?

INCLUI lavar loiça, passar a roupa a ferro, fazer a cama, fazer limpezas ligeiras.

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andador, prótese ou cadeira de rodas).

- 1 Sim
2 Não
3 Nunca teve que o fazer
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → H5.2
2 ☐
3 ☐ } H6.1
8 ☐

H0520 H5.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

H0610 H6.1. Habitualmente tem dificuldade em realizar tarefas domésticas pesadas ocasionais sem ajuda?

INCLUI transportar compras pesadas por mais de 5 minutos, fazer limpezas profundas, lavar o chão com uma escova, lavar as janelas.

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andador, prótese ou cadeira de rodas).

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → H6.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Nunca teve que o fazer | 3 <input type="checkbox"/> } H7.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

H0620 H6.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

H0710 H7.1. Habitualmente tem dificuldade em tomar conta do seu dinheiro e das tarefas administrativas quotidianas sem ajuda?

INCLUI planear o pagamento de contas, pagar contas e gerir dinheiro, arquivar documentos, ir ao banco tratar de assuntos, planear compras para o dia a dia.

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas.

- | | |
|--------------------------|--|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → H7.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Nunca teve que o fazer | 3 <input type="checkbox"/> } Filtro H1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

H0720 H7.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?

- | | |
|--------------------------|--|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> } Filtro H1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

FILTRO H1

SE [H0110 = 1 OU H0210 = 1 OU H0310 = 1 OU H0410 = 1 OU H0510 = 1 OU H0610 = 1 OU H0710 = 1] → H8
ELSE → I1

H0800 H8. Habitualmente recebe ajuda para alguma destas atividades domésticas?

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, recurso a ajudas técnicas e adaptação da habitação.

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → H9a |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } H9b |

H0900 H9a. E precisa de mais ajuda?**H9b. E precisa de ajuda?**

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

I - DOR

As próximas perguntas são sobre alguma dor física que tenha sentido nas últimas 4 semanas.

I0100 11. Qual a intensidade da dor que sentiu nas últimas 4 semanas? Vou ler-lhe as opções de resposta:

A dor é subjetiva e o entrevistado deve reportar a sua experiência. Se o entrevistado sentiu mais do que uma dor, deve reportar a intensidade de forma global.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Nenhuma | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Muito ligeira | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Ligeira | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Moderada | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Intensa | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 Muito intensa | 6 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

I0200 12. Nas últimas 4 semanas, em que medida a dor interferiu nas suas tarefas habituais? Vou ler-lhe as opções de resposta:

INCLUI trabalho fora de casa e tarefas domésticas.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Nada | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Um pouco | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 De forma moderada | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Bastante | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 De forma extrema | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

J - SAÚDE MENTAL

As perguntas seguintes são sobre a forma como se tem sentido e como as coisas lhe têm corrido nas últimas 2 semanas.

J0100 11. Nas últimas 2 semanas, com que frequência teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas habituais? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

Diminuição acentuada do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades (quer resulte de um relato subjetivo ou da observação feita por outros).

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção 4 - "Quase todos os dias"

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Nunca | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Vários dias | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais do que metade dos dias | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Quase todos os dias | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

J0200 12. E com que frequência se sentiu em baixo, deprimido ou desamparado? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

De ânimo deprimido, expresso por relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou por observações feitas por outros (por exemplo, parece ter vontade de chorar).

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção 4 - "Quase todos os dias"

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Nunca | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Vários dias | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais do que metade dos dias | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Quase todos os dias | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

J0300 13. E com que frequência teve dificuldade em adormecer ou dormiu pouco ou dormiu demasiado? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

Distúrbios do sono ou sonolência excessiva.

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção 4 - "Quase todos os dias"

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Nunca | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Vários dias | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais do que metade dos dias | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Quase todos os dias | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

J0400 J4. E com que frequência se sentiu cansado ou teve pouca energia? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

Fadiga ou perda de energia.

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção 4 - "Quase todos os dias"

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Nunca | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Vários dias | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais do que metade dos dias | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Quase todos os dias | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

J0500 J5. E com que frequência teve diminuição ou aumento de apetite? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção 4 - "Quase todos os dias"

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Nunca | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Vários dias | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais do que metade dos dias | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Quase todos os dias | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

J0600 J6. Nas últimas 2 semanas sentiu-se mal consigo próprio, sentiu que é um fracasso ou que se deixou ir abaixo ou à sua família? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou desadequada, mais do que apenas autorrecreminação ou culpa por estar doente.

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção 4 - "Quase todos os dias"

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Nunca | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Vários dias | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais do que metade dos dias | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Quase todos os dias | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

J0700 J7. Nas últimas 2 semanas teve dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler o jornal ou ver televisão? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

Capacidade diminuída de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, por relato subjetivo ou observação por parte dos outros.

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção 4 - "Quase todos os dias"

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Nunca | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Vários dias | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais do que metade dos dias | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Quase todos os dias | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

J0800 J8. Nas últimas 2 semanas mexeu-se ou falou tão devagar que outras pessoas já devem ter reparado, ou ao contrário, esteve tão inquieto ou agitado que se moveu muito mais do que o habitual? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

Agitação ou lentidão psicomotora observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de lentidão.

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção 4 - "Quase todos os dias"

- 1 Nunca
 2 Vários dias
 3 Mais do que metade dos dias
 4 Quase todos os dias
 8 Prefere não responder
 9 Não sabe

1 ☐
 2 ☐
 3 ☐
 4 ☐
 8 ☐
 9 ☐ } Filtro K1

EHCM

CUIDADOS DE SAÚDE

K - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

FILTRO K1

Se D0400 = 1 e A1800 ≠ 1 → K1a
 se D0400 = 1 e A1800 = 1 → K1b
 Se D0400 = 2, 8 e A1800 ≠ 1 → K1c
 Se D0400 = 2, 8 e A1800 = 1 → K1d
 Se (D0100 = 2, 8, 9 ou D0200 = 2, 8 ou D0300=8) e A1800 ≠ 1 → K1c
 Se (D0100 = 2, 8, 9 ou D0200 = 2, 8 ou D0300=8) e A1800 = 1 → K1d

- K0100 K1a. Nos últimos 12 meses, para além do internamento relacionado com o acidente que referiu anteriormente, ficou internado pelo menos uma noite por outra razão?
- K1b. Nos últimos 12 meses, para além do internamento relacionado com o acidente que referiu anteriormente, ficou internada pelo menos uma noite por outra razão? Exclua o tempo de internamento relativo ao parto, caso tenha ocorrido.
- K1c. Nos últimos 12 meses, esteve internado num hospital ou noutro estabelecimento de saúde com internamento, tendo permanecido pelo menos uma noite?
- K1d. Nos últimos 12 meses, esteve internada num hospital ou noutro estabelecimento de saúde com internamento, tendo permanecido pelo menos uma noite? Exclua o tempo de internamento relativo ao parto, caso tenha ocorrido.

- 1 Sim
 2 Não
 8 Prefere não responder
 9 Não sabe

1 ☐
 2 ☐
 8 ☐
 9 ☐ } Filtro K2

FILTRO K2

Se D0400 = 1 E K0100 = 1 → K2a
 Se D0400 = 1 E K0100 = 2 → K2b
 SE (D0100 = 2 OU D0200 = 2) E K0100 = 1 → K2c
 SE D0400 = 2 E K0100 = 2 → Filtro K3
 Se (D0100 = 2 OU D0200 = 2) E K0100 = 2 → Filtro K3
 Se K0100=8,9 → Filtro K3
 ELSE → K2c

- K0200 K2a. No total quantas noites ficou internado, incluindo a(s) noite(s) de internamento relacionada(s) com o acidente que referiu anteriormente?
- K2b. E quantas noites ficou internado devido ao acidente?
- K2c. No total quantas noites ficou internado?

Se nos últimos 12 meses esteve internado por diversos períodos deve ser contabilizado o número total de noites.

N.º total de noites

- 998 Prefere não responder
 999 Não sabe

|_|_|_| → Filtro K3
 998 ☐
 999 ☐ } K2_aux.1

K2_aux.1 Número de meses

|_|_|

K2_aux.2 Número de semanas

|_|_|

K2_aux.3 Número de dias

|_|_|_|

K0200_aux

K2.VA. Cálculo automático em noites

|_|_|_| → Filtro K3

FILTRO K3

Se D0300 = 1 → K3a
 ELSE → K3b

K0300

K3a. Nos últimos 12 meses foi a um hospital ou outro estabelecimento de saúde com internamento para realizar exames de diagnóstico, tratamentos ou outros cuidados de saúde (para além dos prestados no acidente que referiu anteriormente) sem que tenha ficado internado durante a noite?

K3b. Nos últimos 12 meses foi a um hospital ou outro estabelecimento de saúde com internamento para realizar exames de diagnóstico, tratamentos ou outros cuidados de saúde sem que tenha ficado internado durante a noite?

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
8 ☐
9 ☐ } **Filtro K4**

FILTRO K4

Se D0300 = 1 E K0300 = 1 → K4a
Se D0300 = 2 E K0300 = 1 → K4b
Se D0300 = 1 E K0300 = 2 → K4c
Se D0300 = 2 E K0300 = 2 → L1
Se D0200 = 2 E K0300 = 2 → L1
Se K0300=8,9 → L1
ELSE → K4b

K0400

K4a. No total quantas vezes, incluindo a(s) relacionada(s) com o acidente que referiu anteriormente?

K4b. No total quantas vezes?

K4c. E relativamente ao acidente que referiu anteriormente, quantas vezes?

Se nos últimos 12 meses foi a um hospital várias vezes deve contabilizar apenas o total de vezes em que não ficou internado, caso tenha ocorrido.

N.º total de vezes

- 998 Prefere não responder
999 Não sabe

|_|_|_|
998 ☐
999 ☐

L - ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E DOMICILIÁRIA

As próximas perguntas são sobre as suas últimas consultas em hospital, centro de saúde e em consultórios. Não considere as consultas em que foi como acompanhante de outra pessoa.

L0100

L1. Quando foi a última vez que consultou um dentista?

INCLUI ortodontistas e estomatologistas.

- 1 Há menos de 6 meses
2 6 a menos de 12 meses
3 Há 12 meses ou mais
4 Nunca
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
3 ☐ → **L3a**
4 ☐ → **L3b**
8 ☐ → **L4.1**

L0200

L2. Qual a principal razão da última consulta?

- 1 Sentiu dores ou outra situação de urgência
2 Extração de um dente
3 Fazer uma prótese dentária ("placa")
4 Queria conhecer o estado de saúde da boca
5 Faz todos os anos uma visita ao dentista
6 Higiene ("limpeza") da boca
7 Aplicação de selantes de fissura
8 Outra razão
98 Prefere não responder
99 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐
98 ☐
99 ☐ } **L4.1**

L0300

L3a. Qual a principal razão porque não consultou um dentista no último ano?

L3b. Qual a principal razão porque nunca consultou um dentista?

- | | |
|--|----------------------------|
| 1 Porque não precisou | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Porque não há dentista na localidade onde mora | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Porque é difícil marcar uma consulta | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Porque é muito caro | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Por outra razão | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

L0410 L4.1. Escova os dentes?

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → L4.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } L5 |

L0420 L4.2. Com que frequência? Vou ler-lhe as opções de resposta:

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 Todos os dias, de manhã, após o almoço e antes de se deitar | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Todos os dias, de manhã e antes de se deitar | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Todos os dias, apenas de manhã | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Todos os dias, apenas antes de se deitar | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Algumas vezes por semana | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 Menos de uma vez por semana | 6 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

L0500 L5. Quando foi a última vez que consultou um médico de clínica geral ou de medicina geral e familiar? Há menos de 12 meses, há 12 meses ou mais ou nunca consultou?

Os médicos de família estão incluídos. INCLUI consultas em consultórios médicos privados, consultas no domicílio e teleconsultas.

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1 Há menos de 12 meses | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Há 12 meses ou mais | 2 <input type="checkbox"/> } |
| 3 Nunca | 3 <input type="checkbox"/> } L7 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

L0600 L6. Nas últimas 4 semanas quantas consultas teve com médicos de clínica geral ou de medicina geral e familiar?

N.º de consultas

- 998 Prefere não responder
999 Não sabe

|_|_|
998 ☐
999 ☐

L0700 L7. Quando foi a última vez que consultou outro médico especialista? Há menos de 12 meses, há 12 meses ou mais ou nunca consultou?

EXCLUI dentistas, especialistas de medicina geral e familiar e consultas em situação de internamento, mas INCLUI medicina interna, cirurgias, psiquiatras e outros médicos especialistas.

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 1 Há menos de 12 meses | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Há 12 meses ou mais | 2 <input type="checkbox"/> } |
| 3 Nunca | 3 <input type="checkbox"/> } L9.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

L0800 L8. Nas últimas 4 semanas quantas consultas teve com outros médicos especialistas?

N.º de consultas

- 998 Prefere não responder
999 Não sabe

|_|_|
998 ☐
999 ☐

L0910 L9.1. Nos últimos 12 meses consultou um fisioterapeuta?*INCLUI cinesioterapeuta ou massagista de recuperação.*

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

L0920 L9.2. Nos últimos 12 meses consultou um psicólogo, psicoterapeuta ou psiquiatra?

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

L1000 L10. Nos últimos 12 meses recebeu apoio domiciliário prestado por profissionais de saúde ou de ação social para responder às suas necessidades pessoais?*EXCLUI cuidados prestados por familiares, amigos e vizinhos. Consultas médicas no domicílio.**INCLUI cuidados de saúde prestados por enfermeiros, acompanhamento de pessoas idosas, fornecimento de refeições, auxílio na higiene pessoal ou tarefas domésticas e serviços de transporte.*

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro M1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

M - CONSUMO DE MEDICAMENTOS**FILTRO M1**

SE Sexo = 1 OU (Sexo = 2 E Idade > 55) → M1a;

SE Sexo = 2 E Idade <= 55 → M1b

M0100 M1a. Nas últimas 2 semanas, tomou algum medicamento receitado por um médico, incluindo pomadas e injeções?**M1b. Nas últimas 2 semanas, tomou algum medicamento receitado por um médico, incluindo pomadas e injeções? Não considere as pílulas contraceptivas ou hormonas usadas exclusivamente para fins contraceptivos.***INCLUI qualquer medicamento, produto natural ou vitaminas RECEITADO POR UM MÉDICO para aliviar sintomas, para prevenir doenças ou para melhorar o estado de saúde e que é comprado habitualmente numa farmácia, independentemente de ser ou não participado pelo sistema de saúde.*

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro M2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

FILTRO M2

Se SEXO = 1 ou (SEXO = 2 e IDADE > 55) → M2a;

Se SEXO = 2 e IDADE <= 55 → M2b

M0200 M2a. Nas últimas 2 semanas, tomou ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico?**M2b. Nas últimas 2 semanas, tomou ou usou algum medicamento, produto natural ou vitaminas que não tenha sido receitado por um médico? Não considere as pílulas contraceptivas ou hormonas usadas exclusivamente para fins contraceptivos.***INCLUI qualquer medicamento, produto natural à base de plantas, medicamento homeopático ou suplemento alimentar (vitaminas, minerais ou tónicos) consumido por iniciativa do próprio ou aconselhado por um médico, mas em relação ao qual não foi passada uma receita médica.*

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

N - CUIDADOS PREVENTIVOS

N0110 N1.1. Alguma vez foi vacinado contra a gripe?

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } N2.1
9 ☐

N0120 N1.2. Quando foi a última vez? Há menos de 12 meses ou há 12 meses ou mais?

- 1 Há menos de 12 meses
2 Há 12 meses ou mais
8 Prefere não responder

1 ☐ → N1.3
2 ☐ } N2.1
8 ☐

N0130 N1.3. E em que mês?

- 98 Prefere não responder
99 Não sabe

Mês

|_|_| }
98 ☐ } N2.1
99 ☐

N0130_AUX

N1.3.VA. Cálculo automático do ano

(Aplicação imputa o ano face à data da entrevista - 2013 ou 2014)

|_|_|_|_|

N0210 N2.1. Alguma vez foi vacinado contra o tétano?

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } N3.1
9 ☐

N0220 N2.2. Quando foi a última vez? Há menos de 10 anos ou há 10 anos ou mais?

- 1 Há menos de 10 anos
2 Há 10 anos ou mais
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
8 ☐
9 ☐

N0310 N3.1. Alguma vez a sua tensão arterial foi medida por um profissional de saúde?

INCLUI médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos, técnicos de saúde.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } N4.1
9 ☐

N0320 N3.2. Quando foi a última vez?

- 1 Nos últimos 12 meses
2 Entre 1 ano e menos de 3 anos
3 Entre 3 anos e menos de 5 anos
4 5 anos ou mais
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
8 ☐
9 ☐

N0410 N4.1. Alguma vez o seu nível de colesterol no sangue foi medido por um profissional de saúde?

INCLUI médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos, técnicos de saúde e técnicos de laboratório.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } N5.1
9 ☐

N0420 N4.2. Quando foi a última vez?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1 Nos últimos 12 meses | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Entre 1 ano e menos de 3 anos | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Entre 3 anos e menos de 5 anos | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 5 anos ou mais | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

N0510 N5.1. Alguma vez o seu nível de glicémia (teor de açúcar no sangue) foi medido por um profissional de saúde?

INCLUI médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos, técnicos de saúde e técnicos de laboratório.

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } N6.1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

N0520 N5.2. Quando foi a última vez?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1 Nos últimos 12 meses | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Entre 1 ano e menos de 3 anos | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Entre 3 anos e menos de 5 anos | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 5 anos ou mais | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

N0610 N6.1. Alguma vez fez análises para testar a presença de sangue oculto nas fezes?

INCLUI apenas a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) cujo objetivo é detetar a presença de pequenas quantidades de sangue com origem nos intestinos que não conseguem ser observadas a olho nu. EXCLUI outras análises às fezes.

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } N7.1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

N0620 N6.2. Quando foi a última vez?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1 Nos últimos 12 meses | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Entre 1 ano e menos de 2 anos | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Entre 2 anos e menos de 3 anos | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 3 anos ou mais | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

N0710 N7.1. Alguma vez fez uma colonoscopia total?

Exame visual do cólon (com um colonoscópio) desde o reto até ao cego.

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro N1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

N0720 N7.2. Quando foi a última vez?

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 Nos últimos 12 meses | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro N1 |
| 2 Entre 1 ano e menos de 5 anos | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Entre 5 anos e menos de 10 anos | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 10 anos ou mais | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

FILTRO N1

SE Sexo = 1 → P1.1

SE Sexo = 2 → N8.1

N0810 N8.1. Alguma vez fez uma mamografia (radiografia da mama)?

- 1 Sim
 2 Não
 8 Prefere não responder
 9 Não sabe

- 1 ☐
 2 ☐
 8 ☐ } **N9.1**
 9 ☐

N0820 N8.2. Quando foi a última vez?

- 1 Nos últimos 12 meses
 2 Entre 1 ano e menos de 2 anos
 3 Entre 2 anos e menos de 3 anos
 4 3 anos ou mais
 8 Prefere não responder
 9 Não sabe

- 1 ☐
 2 ☐
 3 ☐
 4 ☐
 8 ☐
 9 ☐

N0910 N9.1. Alguma vez fez uma citologia cervical (teste de Papanicolau)?

- 1 Sim
 2 Não
 8 Prefere não responder
 9 Não sabe

- 1 ☐
 2 ☐
 8 ☐ } **Filtro O1**
 9 ☐

N0920 N9.2. Quando foi a última vez?

- 1 Nos últimos 12 meses
 2 Entre 1 ano e menos de 2 anos
 3 Entre 2 anos e menos de 3 anos
 4 3 anos ou mais
 8 Prefere não responder
 9 Não sabe

- 1 ☐
 2 ☐
 3 ☐ } **Filtro O1**
 4 ☐
 8 ☐
 9 ☐

O - SAÚDE REPRODUTIVA**FILTRO O1**

SE Idade ≤ 55 E A1700 ≠ 1 → O1

SE Idade ≤ 55 E A1700 = 1 → Filtro O2

SE Idade > 55 → P1.1

O0100 O1. A senhora ou o seu marido / companheiro utilizaram algum método para evitar uma gravidez nos últimos 30 dias?

- 1 Sim
 2 Não
 8 Prefere não responder
 9 Não sabe

- 1 ☐ → **O2**
 2 ☐ → **O3**
 8 ☐ } **Filtro O2**
 9 ☐

O0200 O2. Pode indicar-me então da seguinte lista qual o principal método contraceptivo utilizado?*Mostre cartão com categorias de resposta.*

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------|
| 1 Pílula | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro O2 |
| 2 Preservativo masculino ("camisa") | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 DIU (Dispositivo intrauterino) ou "aparelho" | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Diafragma | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Espermicida (creme, espumas, comprimidos vaginais, etc.) | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 6 Hormona injetável trimestral (Injeção) | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 Implante | 7 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Laqueação de trompas ou Vasectomia | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Abstinência periódica: calendário (contas) ou temperatura basal | 9 <input type="checkbox"/> | |
| 10 Abstinência periódica: outro | 10 <input type="checkbox"/> | |
| 11 Coito interrompido | 11 <input type="checkbox"/> | |
| 12 Anel | 12 <input type="checkbox"/> | |
| 13 Adesivo contraceptivo | 13 <input type="checkbox"/> | |
| 14 Outro método | 14 <input type="checkbox"/> | |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> | } |
| 99 Não sabe | 99 <input type="checkbox"/> | |

O0300 O3. Qual a principal razão para a senhora ou seu marido / companheiro não utilizarem um método contraceptivo?

Mostre cartão com categorias de resposta.

- | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Está a amamentar | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro O2 |
| 2 Quer engravidar | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Não tem atividade sexual atualmente | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Por razões de saúde | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Está na menopausa | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 6 Outro motivo | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | } |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

FILTRO O2

SE A1700 = 1 E A1800 = 2 → O4a

SE A1700 = 2 E A1800 = 2 → O4b

SE A1800 = 1 → O5

ELSE → O4c

O0400 O4a. Para além da gravidez atual, e considerando que referiu não ter estado grávida nos últimos 12 meses, diga por favor se já esteve grávida anteriormente (há mais de um ano)?

O4b. Já referiu não ter estado grávida nos últimos 12 meses. E anteriormente (há mais de um ano) já esteve grávida?

O4c. Já esteve grávida?

INCLUI gravidez com filhos nascidos vivos ou não e gravidez que não chegou ao seu termo, independentemente dos motivos.

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro O4 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

O0500 O5. Considerando a última gravidez que chegou ao fim, indique em que ano ocorreu o parto.

Considere a data do último parto mesmo que o filho não tenha nascido vivo. Se a gravidez terminou antes dos 5 meses, registre "Não se aplica".

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| | Ano do último parto | _ _ _ _ → Filtro O3 |
| 9997 Não se aplica | | 9997 <input type="checkbox"/> |
| 9998 Prefere não responder | | 9998 <input type="checkbox"/> |
| 9999 Não sabe | | 9999 <input type="checkbox"/> |

FILTRO O3

SE O0300 = 1 → O6.2a;

ELSE → O6.1

O0610 O6.1. Amamentou em exclusivo o seu bebé (apenas leite materno)?

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐ → O6.2b
2 ☐
8 ☐ } Filtro O4
9 ☐

O0620 O6.2a. Há quantas semanas está a amamentar o seu bebé? Considere apenas o tempo de amamentação em exclusivo (apenas leite materno).

O6.2b. E quantas semanas amamentou? Considere apenas o tempo de amamentação em exclusivo (apenas leite materno).

Se amamentou menos de uma semana registe 0.

Nº de semanas de amamentação em exclusivo

- 98 Prefere não responder
99 Não sabe

|_|_| → Filtro O4
98 ☐
99 ☐ } O.6.2_aux.1

O6.2_aux.1 Número de meses

O6.2_aux.2 Número de semanas

O6.2.VA. Cálculo automático em semanas

|_|_|
|_|_|
|_|_| → Filtro O4

O0620_AUX

FILTRO O4

SE A1700 = 1 → O7a;
SE A1700 ≠ 1 E A1800 = 1 → O7b;
SE A1700 ≠ 1 E A1800 ≠ 1 E O0400 = 1 → O7b;
SE A1700 ≠ 1 E A1800 ≠ 1 E O0400 ≠ 1 → O9

O0700 O7a. Considere a gravidez atual. Com quantas semanas de gravidez foi à consulta de vigilância pela primeira vez?

Se ainda não foi à consulta de vigilância da gravidez registe 0. INCLUI consultas de saúde materna.

O7b. Considere a última gravidez. Com quantas semanas de gravidez foi à consulta de vigilância pela primeira vez?

Se não foi pelo menos a uma consulta de vigilância da gravidez registe 0. INCLUI consultas de saúde materna.

Nº de semanas de gravidez na 1ª consulta de vigilância

- 98 Prefere não responder
99 Não sabe

|_|_| → Filtro O5
98 ☐
99 ☐ } O7_aux.1

O7_aux.1 Número de meses

O7_aux.2 Número de semanas

O7.VA. Cálculo automático em semanas

|_|_|
|_|_|
|_|_| → Filtro O5

O0700_AUX

FILTRO O5

SE A1700 = 1 E O0400 = 1 → O8.1a;
SE A1700 ≠ 1 E O0400 = 1 → O8.1b;
SE A1700 ≠ 1 E A1800 = 1 E O0400 ≠ 1 → O8.1b
SE A1700 = 1 E A1800 = 1 → O8.1a
Else → O9

O0810 O8.1a. Considere a gravidez anterior à atual. Fumou durante essa gravidez?

O8.1b. Fumou durante a última gravidez?

Refere-se à última gravidez.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } O9
9 ☐

O0820 O8.2. Diariamente ou ocasionalmente?

- 1 Diariamente
2 Ocasionalmente
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐ → O9
2 ☐
8 ☐ } O9
9 ☐

O0830 O8.3. Com que frequência?

A opção 4 "Menos de uma vez por mês" corresponde a, por exemplo, de vez em quando ou em ocasiões especiais.

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1 Alguns dias por semana | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Alguns dias durante o mês | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Uma vez por mês | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Menos de uma vez por mês | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

O0900 O9. Já alguma vez utilizou a pílula do dia seguinte (método de contraceção de emergência)?

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

P - NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS

Agora pretende-se saber se necessitou de consultas, exames ou tratamentos médicos e não os realizou ou não teve necessidade de os realizar.

P0110 P1.1. Nos últimos 12 meses teve de esperar por uma consulta, exame ou tratamento médico, mais do que entende como adequado ou razoável?

Se o entrevistado responder NÃO deve ter o cuidado de distinguir entre não ter de esperar e não ter necessidade de os realizar.

INCLUI os cuidados de saúde prestados para fins diferentes (curativos, de reabilitação, continuados) e em diferentes contextos (internamento, ambulatório, hospital de dia, no domicílio).

Ficar à espera: Não foram prestados cuidados de saúde em tempo útil ou o entrevistado teve de recorrer a uma alternativa para obter os cuidados de saúde (impossibilidade de marcação de uma consulta em tempo útil, colocação em lista de espera apesar da urgência) ou desistiu de procurar cuidados de saúde devido ao tempo que teria de esperar.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não houve necessidade | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

P0120 P1.2. Nos últimos 12 meses, teve de ficar à espera por uma consulta, exame ou tratamento médico, devido a problemas relacionados com a distância ou com problemas de transporte?

Se o entrevistado responder NÃO deve ter o cuidado de distinguir entre não ter de esperar e não ter necessidade de os realizar.

INCLUI a distância em relação ao estabelecimento de saúde e a inexistência de meios de transporte. EXCLUI a impossibilidade de suportar o custo do transporte.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não houve necessidade | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

P0210 P2.1. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta médica ou de fazer exames ou tratamentos médicos mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?

Falta de disponibilidade financeira refere-se a dificuldades financeiras que podem resultar de preços elevados ou da não cobertura por parte do sistema de saúde.

- | | |
|--|----------------------------|
| 1 Precisou e não satisfaz essa necessidade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Precisou e satisfaz essa necessidade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não houve necessidade | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

P0220 P2.2. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta dentária ou de fazer exames ou tratamentos dentários mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?

INCLUI cuidados de saúde prestados por (ou sob a supervisão de) dentistas, estomatologistas e ortodontistas.

Falta de disponibilidade financeira refere-se a dificuldades financeiras que podem resultar de preços elevados ou da não cobertura por parte do sistema de saúde.

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 Preciou e não satisfaz essa necessidade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Preciou e satisfaz essa necessidade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não houve necessidade | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

P0230 P2.3. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de comprar medicamentos receitados mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?

INCLUI os medicamentos que só podem ser obtidos com uma receita médica (de um médico ou dentista).

Falta de disponibilidade financeira refere-se a dificuldades financeiras que podem resultar de preços elevados ou da não cobertura por parte do sistema de saúde.

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 Preciou e não satisfaz essa necessidade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Preciou e satisfaz essa necessidade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não houve necessidade | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

P0240 P2.4. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta de psiquiatria, psicologia ou psicoterapia ou de tratamentos de saúde mental mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?

INCLUI cuidados de saúde para tratamento de problemas mentais prestados por médicos psiquiatras ou por profissionais não médicos (p. ex. psicólogos ou psicoterapeutas).

Falta de disponibilidade financeira refere-se a dificuldades financeiras que podem resultar de preços elevados ou da não cobertura por parte do sistema de saúde.

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 Preciou e não satisfaz essa necessidade | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Preciou e satisfaz essa necessidade | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não houve necessidade | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

EHDM

DETERMINANTES DE SAÚDE

Q - PESO E ALTURA

As próximas questões dizem respeito ao tempo que dedica, numa semana normal, a diferentes tipos de atividade física. Por favor, responda às perguntas mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa.

Começo por lhe perguntar:

Q0100 Q1. Qual é a sua altura?

Registe em centímetros (cm). Deve ser indicada a altura sem sapatos. Se o entrevistado não souber indicar a altura exata, solicite uma estimativa.

	Cm	_ _ _
998 Prefere não responder		998 <input type="checkbox"/>
999 Não sabe		999 <input type="checkbox"/>

FILTRO Q1

Se A1700 = 1 → Q2b;

ELSE → Q2a

Q0200 Q2a. Quanto é que pesa?

Q2b. Quanto é que pesa? Indique o seu peso antes da gravidez.

Registe em quilogramas (kg). Deve ser indicado o peso sem roupas e sem sapatos. Se o entrevistado não souber indicar o peso exato, solicite uma estimativa.

	Kg	_ _ _
998 Prefere não responder		998 <input type="checkbox"/>
999 Não sabe		999 <input type="checkbox"/>

R - ATIVIDADE / EXERCÍCIO FÍSICO

Pense em todas as atividades que tem de fazer numa semana normal, como trabalhar, cuidar da casa, tomar conta de familiares, estudar ou realizar atividades de voluntariado.

R0100 R1. Das seguintes opções diga-me a que melhor descreve a forma principal como desempenha as suas atividades em geral. Vou ler-lhe as opções de resposta:

Se executa várias tarefas considere aquela em que passa mais tempo.

Se o entrevistado indicar que não executa nenhuma das tarefas indicadas deve ser assinalada a opção 4 "Não executa nenhuma das tarefas indicadas".

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 Sentada ou em pé em atividades que envolvem um esforço físico ligeiro | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Em movimento ou em tarefas que exigem um esforço físico moderado | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Em trabalhos pesados ou fisicamente exigentes | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Não executa nenhuma das tarefas indicadas | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

Gostaria de saber como se desloca habitualmente em todos os percursos que faz. Por exemplo, para o trabalho, para a escola ou para ir às compras. Não considere as atividades de lazer ou de desporto.

R0210 R2.1. Numa semana normal, nas suas deslocações, quantos dias anda a pé pelo menos 10 minutos seguidos? Considere também o fim de semana.

Se nunca anda a pé ou anda menos de 10 minutos seguidos, registe 0.

- | | | | |
|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | N.º de dias | <input type="text"/> | } Filtro R1 |
| 8 Prefere não responder | | 8 <input type="checkbox"/> | |

FILTRO R1

SE R0210 = 0,8 → R3.1;

SE R0210 = 1 → R2.2a;

ELSE → R2.2b

R0220 R2.2a. E nesse dia, nas suas deslocações, quanto tempo anda a pé?

R2.2b. E num dia normal, nas suas deslocações, quanto tempo anda a pé?

Se houver diferenças entre dias de semana e fins de semana, deve ser feita uma estimativa média do tempo num dia normal.

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 1 10 a 29 minutos | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 30 a 59 minutos | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 1 hora a menos de 2 horas | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 2 horas a menos de 3 horas | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 3 horas ou mais | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

R0310 R3.1. Numa semana normal, nas suas deslocações, quantos dias anda de bicicleta pelo menos 10 minutos seguidos? Considere também o fim de semana. Não considere andar de bicicleta como desporto ou passeio.

Se nunca anda a pé ou anda menos de 10 minutos seguidos, registe 0.

- | | | | |
|-------------------------|-------------|----------------------------|-------------|
| | N.º de dias | <input type="text"/> | } Filtro R2 |
| 8 Prefere não responder | | 8 <input type="checkbox"/> | |

FILTRO R2

SE R0310 = 0,8 → R4.1;

R0310 = 1 → R3.2a;

ELSE → R3.2b

R0320 R3.2a. E nesse dia, nas suas deslocações, quanto tempo anda de bicicleta?

R3.2b. E num dia normal, nas suas deslocações, quanto tempo anda de bicicleta?

Se houver diferenças entre dias de semana e fins de semana, deve ser feita uma estimativa média do tempo num dia normal.

1 10 a 29 minutos

1 ☐

2 30 a 59 minutos

2 ☐

3 1 hora a menos de 2 horas

3 ☐

4 2 horas a menos de 3 horas

4 ☐

5 3 horas ou mais

5 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

Agora pense em atividades desportivas ou de lazer.

R0410 R4.1. Numa semana normal, quantos dias pratica exercício físico pelo menos 10 minutos seguidos? Considere o fim de semana.

São exemplos fazer uma caminhada, jogar à bola, correr, andar de bicicleta ou nadar.

Se nunca pratica exercício físico pelo menos 10 minutos, registre 0.

N.º de dias

|_|

8 ☐

Filtro R3

8 Prefere não responder

FILTRO R3

SE R0410 = 0,8 → R5;

SE R0410 = 1 → R4.2a;

ELSE → R4.2b

R0420 R4.2a. Nesse dia, quanto tempo pratica exercício físico?

R4.2b. E no total desses dias, quanto tempo pratica exercício físico?

Quanto tempo por semana (hh:mm)

|_|_| : |_|_|

8 Prefere não responder

8 ☐

9 Não sabe

9 ☐

R0500 R5. Numa semana normal, quantos dias pratica atividades destinadas a fortalecer os músculos, tais como treinos de resistência ou musculação?

INCLUI todas as atividades de fortalecimento muscular, mesmo que já tenham sido consideradas anteriormente.

Se não pratica atividades destinadas a fortalecer os músculos registre 0.

N.º de dias (incluindo 0)

|_|

8 ☐

8 Prefere não responder

S - CONSUMO DE ALIMENTOS

Seguem-se algumas questões sobre o consumo de alimentos. Considere como refeições principais o pequeno-almoço, o almoço e o jantar.

S0100 S1. Quantas refeições principais é que toma habitualmente por dia?

N.º de refeições principais

|_|

8 ☐

8 Prefere não responder

FILTRO S1

SE S010 = 0,8 → S3.1;

ELSE → S2.1

Nas refeições principais que tomou ontem, consumiu ...

Sim

Não

Prefere não responder

S0201 S2.1. Leite, iogurte ou queijo

1 ☐2 ☐8 ☐

S0202 S2.2. Sopa

1 ☐2 ☐8 ☐

S0203 S2.3. Pão

1 ☐2 ☐8 ☐

S0204 S2.4. Carne

1 ☐2 ☐8 ☐

S0205 S2.5. Peixe

1 ☐2 ☐8 ☐

S0206	S2.6. Batatas, arroz ou massa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0207	S2.7. Feijão ou grão	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0208	S2.8. Bolos, chocolates ou sobremesas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0209	S2.9. Refrigerantes, com ou sem gás	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0210	S2.10. Sumos naturais, feitos a partir de fruta fresca	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0211	S2.11. Outros alimentos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

S0212 S2.12. Das refeições principais que tomou ontem, alguma foi do tipo "fast food"?

Refeição preparada e servida de forma rápida segundo um método padronizado e massificado, podendo ser consumida ou não no local da aquisição.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

S0213 S2.13. E alguma foi pré-cozinhada, ou seja, preparada industrialmente?

Refeição preparada segundo um método industrializado que inclui cozinhar parcial ou completamente a mesma, conservá-la de acordo com processos de refrigeração, congelação, vácuo ou enlatamento, e que antes de ser consumida requer a finalização da confeção com recurso a tratamento térmico como forno, microondas ou fritura de curta duração.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

As próximas questões dizem respeito ao consumo de frutas e de legumes.

S0310 S3.1. Com que frequência come fruta, incluindo sumos feitos a partir de fruta fresca mas excluindo sumos preparados a partir de concentrados? Vou ler-lhe as opções de resposta:

EXCLUI frutas enlatadas ou secas.

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|--------|
| 1 Uma vez ou mais por dia | 1 <input type="checkbox"/> | } S4.1 |
| 2 4 a 6 vezes por semana | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 1 a 3 vezes por semana | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Menos de uma vez por semana | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Nunca | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

S0320 S3.2. Normalmente quantas porções de fruta consome por dia?

MOSTRE cartão com equivalências das porções de fruta.

- | | | |
|---------------------------|-------------------------|------------------------------|
| | N.º de porções de fruta | _ _ |
| 998 Prefere não responder | | 998 <input type="checkbox"/> |
| 999 Não sabe | | 999 <input type="checkbox"/> |

S0410 S4.1. Com que frequência consome legumes ou saladas, excluindo batatas e sumos feitos a partir de concentrados? Vou ler-lhe as opções de resposta:

INCLUI sumos feitos a partir de legumes frescos, legumes enlatados, as leguminosas (feijões, lentilhas), sopas (quentes ou frias) e pratos vegetarianos.

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------|
| 1 Uma vez ou mais por dia | 1 <input type="checkbox"/> | } T1 |
| 2 4 a 6 vezes por semana | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 1 a 3 vezes por semana | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Menos de uma vez por semana | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Nunca | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

S0420 S4.2. Normalmente quantas porções de legumes ou saladas consome por dia?

MOSTRE cartão com equivalências das porções de legumes ou saladas.

N.º de porções de legumes e saladas

|_|_|

998 Prefere não responder

998 ☐

999 Não sabe

999 ☐

T - CONSUMO DE TABACO

As próximas questões são sobre o consumo de tabaco e a exposição ao fumo de tabaco.

T0100 T1. Fuma?

Considere qualquer tipo de tabaco consumido, independentemente da regularidade com que consome. EXCLUI cigarros eletrônicos.

1 Sim

1 ☐ → T3.1

2 Não

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐ → T9

T0200 T2. Alguma vez fumou?

Considere qualquer tipo de tabaco consumido, independentemente da regularidade com que consumiu.

1 Sim

1 ☐ → T3.2

2 Não

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐ } T9

T0310 T3.1 Fuma diariamente ou ocasionalmente?

1 Diariamente

1 ☐

2 Ocasionalmente

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐ } Filtro T18 ☐ → T9

T0320 T3.2 Fumava diariamente ou ocasionalmente?

1 Diariamente

1 ☐

2 Ocasionalmente

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐ } Filtro T18 ☐ → T9

FILTRO T1

SE T0100 = 1 E (T0310= 1,2) → T4

SE T0200 = 1 E (T0320= 1,2) → T6

ELSE → T9

T0400 T4. Que tipo de tabaco consome habitualmente? Vou ler-lhe as opções de resposta:

Considere o tipo de tabaco consumido mais frequentemente e assinale apenas uma resposta.

1 Cigarros em maço

1 ☐

2 Cigarros enrolados à mão

2 ☐

3 Charutos

3 ☐

4 Cigarilhas

4 ☐

5 Tabaco de cachimbo

5 ☐

6 Tabaco de cachimbo de água, narguilé ou shisha

6 ☐

7 Outro tipo

7 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

FILTRO T2

SE T0310 = 1 E T0400 = 1,2 → T5

ELSE → Filtro T3

T0500 T5. Em média quantos cigarros fuma por dia?

N.º de cigarros

998 Prefere não responder
999 Não sabe

|_|_|_|
998 ☐ } Filtro T3
999 ☐

T0600 T6. Com que idade deixou de fumar?

Se deixou de fumar mais do que uma vez, indique a idade que tinha quando deixou de fumar pela última vez.

Idade

998 Prefere não responder
999 Não sabe

|_|_|_| } T7
998 ☐
999 ☐ → T6.A

T0600_A T6.A. Há quantos anos deixou de fumar?

Anos

999 Não sabe

|_|_|_| → T6.VA
999 ☐ → T6.B

T0600_B T6.B. Em que ano deixou de fumar?

Ano

9999 Não sabe

|_|_|_|_| → T6.VA
9999 ☐ → T7

T0600_VA T6.VA. [aplicação calcula a idade em que o entrevistado deixou de fumar]

|_|_|_| → T7

T0700 T7. Que tipo de ajuda usou para deixar de fumar? Se deixou de fumar mais do que uma vez, considere a última vez. Vou ler-lhe as opções de resposta:

Considere o principal tipo de ajuda ou conjunto de ajudas que utilizou e assinale apenas uma resposta.

- 1 Apoio médico
2 Apoio psicológico
3 Apoio médico e psicológico
4 Apoio médico e/ou psicológico e medicamentos
5 Medicamentos
6 Pastilhas de nicotina
7 Adesivos ou pensos de nicotina
8 Nenhum apoio
9 Outro apoio
98 Prefere não responder
99 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐ } Filtro T3
7 ☐
8 ☐
9 ☐
98 ☐
99 ☐

FILTRO T3

SE (T0100 = 1 E T0310 = 1) OU (T0200 = 1 E T0320 = 1) → T8

ELSE → T9

T0800 T8. Com que idade começou a fumar diariamente?

Se o entrevistado esteve períodos sem fumar indique a idade em que começou a fumar diariamente pela primeira vez.

Idade

998 Prefere não responder
999 Não sabe

|_|_|_|
998 ☐
999 ☐

T0900 T9. Utiliza cigarro eletrónico?

Aparelho mecânico-eletrónico que produz vapor inalável, com ou sem nicotina, também conhecido por e-cigarro.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
8 ☐

T1010 T10.1. Com que frequência está em espaços fechados onde outras pessoas fumam. Diariamente, ocasionalmente ou nunca?

Considere apenas o fumo produzido por outras pessoas (fumo passivo). Espaços fechados: em casa, no trabalho, em espaços públicos, em restaurantes, etc.

- 1 Diariamente
2 Ocasionalmente
3 Nunca
8 Prefere não responder

1 ☐ → T10.2
2 ☐
3 ☐ } U1
8 ☐

T1020 T10.2. E habitualmente está exposto menos de 1 hora ou 1 hora ou mais por dia?

- 1 Menos de 1 hora por dia
2 1 hora ou mais por dia
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
8 ☐

T1030 T10.3. E essa exposição ao fumo de tabaco em espaços fechados acontece sobretudo em que local? Vou ler-lhe as opções de resposta:

- 1 Em casa
2 No automóvel
3 No local de trabalho
4 Em locais de lazer
5 Noutros locais
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
8 ☐

U - CONSUMO DE ÁLCOOL

As próximas questões dizem respeito ao consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses.

U0100 U1. Nos últimos 12 meses, com que frequência consumiu bebidas alcoólicas de qualquer espécie [cerveja, vinho, aguardentes, cocktails, licores, misturas de bebidas alcoólicas, entre outros]?

Leia as opções de resposta.

Opção 1 "Todos os dias ou quase todos os dias" → aplica-se a um entrevistado que bebeu nos 365 dias dos últimos 12 meses ou geralmente em mais do que 6 dias por semana.

Opção 8 "Não consumiu nos últimos 12 meses, por ter deixado de consumir álcool" → aplica-se a um entrevistado que não consumiu nos últimos 12 meses, mas que já consumiu pelo menos uma bebida (sem ser apenas para provar).

Opção 9 "Nunca consumiu, ou só ocasionalmente para provar" → corresponde a uma pessoa que nunca consumiu uma bebida na sua vida, ou, no máximo, deu alguns goles ocasionalmente com o objetivo de provar a bebida.

- 1 Todos os dias ou quase todos os dias
2 5 a 6 dias por semana
3 3 a 4 dias por semana
4 1 a 2 dias por semana
5 2 a 3 dias por mês
6 Uma vez por mês
7 Menos de uma vez por mês
8 Não consumiu nos últimos 12 meses, por ter deixado de consumir álcool
9 Nunca consumiu, ou só ocasionalmente para provar
98 Prefere não responder
99 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐ } U6
6 ☐
7 ☐
8 ☐
9 ☐ } V1
98 ☐
99 ☐

U0200 U2. Habitualmente, entre segunda e quinta-feira, quantos dias consome bebidas alcoólicas?

- 1 4 dias
2 3 dias
3 2 dias
4 1 dia
5 Em nenhum dos dias
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐ } U4
8 ☐

U0300 U3. E num desses dias, em média, quantas bebidas alcoólicas consome?

MOSTRE cartão com equivalências das unidades de bebida.

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1 16 ou mais bebidas por dia | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 10 a 15 bebidas por dia | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 6 a 9 bebidas por dia | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 4 a 5 bebidas por dia | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 3 bebidas por dia | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 2 bebidas por dia | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 1 bebida por dia | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 0 bebidas por dia | 8 <input type="checkbox"/> |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> |

U0400 U4. E habitualmente, entre sexta-feira e domingo, quantos dias consome bebidas alcoólicas?

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|------|
| 1 3 dias | 1 <input type="checkbox"/> | } U6 |
| 2 2 dias | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 1 dia | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Em nenhum dos dias | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

U0500 U5. E num desses dias, em média, quantas bebidas alcoólicas consome?

MOSTRE cartão com equivalências das unidades de bebida.

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1 16 ou mais bebidas por dia | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 10 a 15 bebidas por dia | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 6 a 9 bebidas por dia | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 4 a 5 bebidas por dia | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 3 bebidas por dia | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 2 bebidas por dia | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 1 bebida por dia | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 0 bebidas por dia | 8 <input type="checkbox"/> |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> |

U0600 U6. Nos últimos 12 meses, quantas vezes consumiu 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião ou evento? Por exemplo, numa festa, numa refeição, numa saída com amigos ou sozinho em casa.

INCLUI qualquer tipo de bebida (cerveja, vinho, aguardentes, cocktails, licores, misturas de bebidas alcoólicas, bebidas alcoólicas de fabrico caseiro, etc).

MOSTRE cartão com equivalências das unidades de bebida.

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1 Todos os dias ou quase todos os dias | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 5 a 6 dias por semana | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 3 a 4 dias por semana | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 1 a 2 dias por semana | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 2 a 3 dias por mês | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 Uma vez por mês | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 Menos do que uma vez por mês | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 Não nos últimos 12 meses | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Nunca em toda a vida | 9 <input type="checkbox"/> |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> |
| 99 Não sabe | 99 <input type="checkbox"/> |

V - SATISFAÇÃO COM A VIDA

As perguntas seguintes dizem respeito à forma como se sente em relação à sua vida de modo geral. Para cada afirmação escolha a opção com que mais se identifica.

V0100 V1. "Em muitos aspetos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais". Em relação a esta afirmação está:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1 Totalmente em desacordo | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Em desacordo | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais ou menos em desacordo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Nem de acordo nem em desacordo | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Mais ou menos de acordo | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 De acordo | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 Totalmente de acordo | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

V0200 V2. "As minhas condições de vida são excelentes". Em relação a esta afirmação está:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1 Totalmente em desacordo | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Em desacordo | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais ou menos em desacordo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Nem de acordo nem em desacordo | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Mais ou menos de acordo | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 De acordo | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 Totalmente de acordo | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

V0300 V3. "Estou satisfeito com a minha vida." Em relação a esta afirmação está:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1 Totalmente em desacordo | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Em desacordo | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais ou menos em desacordo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Nem de acordo nem em desacordo | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Mais ou menos de acordo | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 De acordo | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 Totalmente de acordo | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

V0400 V4. "Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida." Em relação a esta afirmação está:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1 Totalmente em desacordo | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Em desacordo | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais ou menos em desacordo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Nem de acordo nem em desacordo | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Mais ou menos de acordo | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 De acordo | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 Totalmente de acordo | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

V0500 V5. "Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada." Em relação a esta afirmação está:

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| 1 Totalmente em desacordo | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Em desacordo | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Mais ou menos em desacordo | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Nem de acordo nem em desacordo | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Mais ou menos de acordo | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 De acordo | 6 <input type="checkbox"/> |
| 7 Totalmente de acordo | 7 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

W - SUPORTE SOCIAL

Vou fazer-lhe três perguntas sobre as suas relações sociais.

W0100 W1. Das pessoas que lhe são mais próximas, a quantas poderia recorrer se tivesse um problema pessoal grave?

Exemplos de problemas pessoais: pedir ajuda, conselhos, dinheiro.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Nenhuma | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 1 ou 2 | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 3 a 5 | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 6 ou mais | 4 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

W0200 W2. Qual o nível de preocupação ou interesse que as pessoas com quem se relaciona têm em relação a si?

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 Muita preocupação e interesse | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Alguma preocupação e interesse | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Não consegue avaliar | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Pouca preocupação e interesse | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Nenhuma preocupação e interesse | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

W0300 W3. Como avalia a facilidade de obter ajuda dos seus vizinhos? Acha que seria muito fácil, fácil, possível, difícil ou muito difícil?

Por exemplo, obter ajuda em assuntos comuns como apoio pessoal, conselhos, dinheiro.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1 Muito fácil | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Fácil | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Possível | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 Difícil | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 Muito difícil | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

X - CUIDADOS E ASSISTÊNCIA INFORMAL

As próximas questões dizem respeito à prestação de cuidados e assistência a outras pessoas com problemas de saúde crónicos, com problemas de nascença ou adquiridos, ou problemas associados à velhice.

X0100 X1. Presta cuidados ou assistência a alguém com problemas de saúde prolongados, pelo menos uma vez por semana?

INCLUI ajudar nos cuidados pessoais ou nas tarefas domésticas. EXCLUI cuidados prestados no âmbito da sua atividade profissional.

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro Y1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

X0200 X2. Quantas horas por semana dedica na prestação de cuidados ou assistência a essa(s) pessoa(s)?

Caso preste cuidados ou assistência a mais do que uma pessoa, considere a soma do tempo despendido durante uma semana com todas as pessoas.

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 1 Menos de 10 horas | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Entre 10 horas e menos de 20 horas | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 20 horas ou mais | 3 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

X0300 X3. A pessoa a quem presta cuidados ou assistência é da sua família? Caso preste assistência a várias pessoas, considere apenas a pessoa a quem dedica mais tempo.

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro Y1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

Y - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO

Y0100_AUX Y1.aux Cálculo automático de soma das limitações funcionais $[\sum (F0210=1 + F0410=1 + F0510=1 + F0610=1 + F0710=1 + F0810=1 + F0910=1)]$

|__| → Filtro Y1

FILTRO Y1

Y0100_aux = 1 → Ya;
Y0100_aux > 1 → Yb;
SE Y0100_aux = 0 → Z1

Ya. Referiu anteriormente ter dificuldade em:

Yb. Referiu anteriormente ter as seguintes dificuldades:

(Informação auxiliar a partir de F0210, F0410, F0510, F0610, F0710, F0810 e F0910. Apenas surge no ecrã o texto correspondente a cada condição)

SE F0100 = 1 E F0210 = 1 → "Ver, mesmo usando óculos, lentes de contacto ou lentes intraoculares"

SE F0100 ≠ 1 E F0210 = 1 → "Ver"

SE F0300 = 1 E (F0410 = 1 OU F0510 = 1) → "Ouvir mesmo usando prótese ou implante auditivo"

SE F0300 ≠ 1 E (F0410 = 1 OU F0510 = 1) → "Ouvir"

SE F0610 = 1 → "Falar"

SE F0710 = 1 E F0810 = 1 → "Caminhar 200 metros num terreno plano sem ajuda"

SE F0710 = 1 E F0810 ≠ 1 → "Caminhar 500 metros num terreno plano sem ajuda"

SE F0910 = 1 → "Subir ou descer 12 degraus sem ajuda"

FILTRO Y2

F0710 = 1 OU F0810 = 1 OU F0910 = 1 → Y1;

ELSE → FILTRO Y3

As próximas questões referem-se a incapacidades de longa duração e complementam informação que já transmitiu anteriormente. Por favor, ignore quaisquer problemas temporários.

Y0100

Y1. Está limitado à sua casa (apartamento ou andar)?

INCLUI espaços exteriores pertencentes à habitação, por exemplo, jardim, pátio, etc.

Incapacidade de longa duração, ou seja, que dura ou que se prevê que venha a durar mais de 6 meses.

1 Sim

1 ☐

2 Não

2 ☐ → FILTRO Y3

8 Prefere não responder

8 ☐

Y0200

Y2. Está limitado a estar sentado numa cadeira (não uma cadeira de rodas) todo o dia (exceto à noite), isto é, não consegue andar mesmo que possa haver alguém que o ajude?

Se o entrevistado se deslocar em cadeira de rodas de forma permanente, registe o código 3.

1 Sim

1 ☐ → FILTRO Y3

2 Não

2 ☐

3 Desloca-se em cadeira de rodas

3 ☐ → FILTRO Y3

8 Prefere não responder

8 ☐

Y0310

Y3.1. Está sempre acamado, isto é, não consegue levantar-se da cama mesmo que possa haver alguém que o ajude a fazê-lo?

Uma pessoa está acamada se permanece na cama durante todo o dia por motivo de doença ou incapacidade, por um período de tempo previsivelmente longo e não consegue levantar-se, mesmo com a ajuda de outra pessoa.

1 Sim

1 ☐

2 Não

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐ } FILTRO Y3

Y0320

Y3.2. Consegue mudar de posição na cama, sem dificuldade, com dificuldade ou só com ajuda?

1 Sozinho, sem dificuldade

1 ☐

2 Sozinho, mas com dificuldade

2 ☐

3 Só com ajuda

3 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐ } FILTRO Y3

FILTRO Y3

SE Y0100_aux = 1 E (F0710 ≠ 1 E F0810 ≠ 1 E F0910 ≠ 1) → Y4.a;

SE Y0100_aux > 1 E (F0710 ≠ 1 E F0810 ≠ 1 E F0910 ≠ 1) → Y4.b;

SE Y0100 = 2 E Y0100_aux = 1 → Y4.a;

SE Y0100 = 2 E Y0100_aux > 1 → Y4.b;

SE Y0100 = 1 E Y0100_aux ≥ 1 → Y4.c

SE Y0100 = 8 E Y0100_aux = 1 → Y4.a

SE Y0100 = 8 E Y0100_aux > 1 → Y4.b

Y0400

Y4a. Qual o principal motivo que originou essa dificuldade?**Y4b. Considere a dificuldade que mais o limita. Qual o principal motivo que deu origem a essa dificuldade?****Y4c. Qual o principal motivo que originou esta incapacidade?***Se houver dúvida por parte do entrevistado deverá esclarecer:**Se o motivo foi um acidente de viação, ou seja, acidente rodoviário ocorrido na via pública e em parques de estacionamento públicos ou privados, quer o veículo se encontre ou não em movimento, deve distinguir:**Opção 1 → se NÃO OCORREU no exercício da atividade profissional; Opção 2 → se OCORREU no exercício da atividade profissional;**Opção 3 → se foi um acidente que ocorreu no trajeto entre o local de trabalho e a residência habitual ou onde toma normalmente as suas refeições;**Opção 4 → se foi um acidente de trabalho, ou seja, se OCORREU no local e no tempo de trabalho ou em exercício da atividade profissional, exceto se foi acidente de viação.**Opção 5 → se foi um acidente doméstico, ou seja, se OCORREU dentro de uma casa, garagem ou jardim e não foi no exercício de uma atividade profissional.**Opção 6 → se foi um acidente em atividades de lazer, ou seja, em atividades pessoais desenvolvidas por prazer ou interesse, excluindo atividades profissionais ou ocorridos em casa.**Opção 7 → se foi um acidente que OCORREU na escola, enquanto estudante ou aluno. EXCLUI se a escola for o local de trabalho (acidente de trabalho).**Se o motivo foi uma DOENÇA deve distinguir: Opção 8 → se foi doença natural; Opção 9 → se foi uma doença profissional, ou seja, uma doença, lesão ou perturbação funcional, que é certificada por entidade competente, e segundo legislação em vigor, como consequência necessária e direta da atividade profissional exercida.*

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------|
| 1 Acidente de viação, excluindo acidente de trabalho | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro Z1 |
| 2 Acidente de viação em trabalho | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Acidente de trajeto (casa/trabalho ou vice versa) | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Acidente de trabalho, excluindo acidente de viação em trabalho | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Acidente doméstico | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 6 Acidente em atividades de lazer | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 Acidente na escola | 7 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Doença, exceto doença profissional | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Doença profissional | 9 <input type="checkbox"/> | |
| 10 Outro motivo | 10 <input type="checkbox"/> | |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> | |
| 99 Não sabe | 99 <input type="checkbox"/> | |

RD

RENDIMENTOS E DESPESAS

Z - RENDIMENTO E DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR

FILTRO Z1

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z1a.;

SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 1 → Z1b.;

SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 2 → Z1c.

Z0100

Z1a. Habitualmente qual é o valor aproximado do seu RENDIMENTO MENSAL LÍQUIDO? Considere todos os rendimentos com caráter regular: rendimentos de trabalho por conta de outrem ou por conta própria, prestações sociais (pensões, abonos, subsídios, etc.), rendimentos de capitais (juros de depósitos bancários e obrigações, dividendos de ações, etc.), rendimentos prediais, transferências de outros agregados (pensões de alimentos e outras transferências regulares).

Z1b. As próximas questões referem-se a rendimentos e despesas do seu agregado familiar. Se considerar necessário, consulte o membro da família mais habilitado para dar informação sobre estas questões.
Habitualmente qual é o valor aproximado do RENDIMENTO MENSAL LÍQUIDO de todas as pessoas que vivem no alojamento? Considere todos os rendimentos com caráter regular: rendimentos de trabalho por conta de outrem ou por conta própria, prestações sociais (pensões, abonos, subsídios, etc.), rendimentos de capitais (juros de depósitos bancários e obrigações, dividendos de ações, etc.), rendimentos prediais, transferências de outros agregados (pensões de alimentos e outras transferências regulares).

Z1c. As próximas questões referem-se a rendimentos e despesas do seu agregado familiar. Se considerar necessário, consulte o membro da família mais habilitado para dar informação sobre estas questões.
Habitualmente qual é o valor aproximado do RENDIMENTO MENSAL LÍQUIDO de todas as pessoas do seu agregado familiar (nome [NOME_IND_X(NIND_AGR_SELECT)])? Considere todos os rendimentos com caráter regular: rendimentos de trabalho por conta de outrem ou por conta própria, prestações sociais (pensões, abonos, subsídios, etc.), rendimentos de capitais (juros de depósitos bancários e obrigações, dividendos de ações, etc.), rendimentos prediais, transferências de outros agregados (pensões de alimentos e outras transferências regulares).
NÃO considere os rendimentos com caráter irregular ou extraordinário (por exemplo, mais valias na venda de ações ou de imóveis, bônus, heranças, subsídios por morte, etc.).
Considere apenas o rendimento depois de deduzidos impostos, contribuições para a Segurança Social e contribuições voluntárias, bem como transferências para outros agregados (por exemplo, pensões de alimentos, etc.).

9999999 ☐ → **z2**

LEIA os escalões até o respondente encontrar o escalão que lhe seja apropriado.

-

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z3a;
SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 1 → Z3b.;
SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 2 → Z3c.

1 ☐ → **Z4.1**
 2 ☐ }
 8 ☐ } **Fim**
 9 ☐ }

1 ☐ → **Filtro Z3**
 2 ☐ }
 8 ☐ } **Z5.1**
 9 ☐ }

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z4.2a.
SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z4.2b.

|_|_|_|_| Euros
 9998
 9999

Z0510 Z5.1. E teve despesas com análises e outros exames complementares de diagnóstico?

INCLUI análises, radiografias, ecografias, TAC, ressonâncias, eletrocardiogramas, etc. EXCLUI análises e exames efetuados durante um internamento.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐ → **Filtro Z4**
2 ☐ }
8 ☐ } **Z6.1**
9 ☐ }

FILTRO Z4

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z5.2a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z5.2b.

Z0520 Z5.2a. Quanto gastou?**Z5.2b. Quanto gastaram?**

Indique valores inteiros (sem cêntimos). Se o entrevistado tiver dificuldade em indicar o valor certo registe o valor aproximado.

Deve indicar o valor efetivamente despendido nas últimas 2 semanas, mesmo que mais tarde venha a ser reembolsado.

Despesas com análises e outros exames complementares de diagnóstico

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998 ☐

9999 Não sabe

9999 ☐**Z0610 Z6.1. E despesas com medicamentos (prescritos ou não)?**

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐ → **Filtro Z5**
2 ☐ }
8 ☐ } **Z7.1**
9 ☐ }

FILTRO Z5

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z6.2a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z6.2b.

Z0620 Z6.2a. Quanto gastou?**Z6.2b. Quanto gastaram?**

Indique valores inteiros (sem cêntimos). Se o entrevistado tiver dificuldade em indicar o valor certo registe o valor aproximado.

Deve indicar o valor efetivamente despendido nas últimas 2 semanas, mesmo que mais tarde venha a ser reembolsado.

Despesas com medicamentos

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998 ☐

9999 Não sabe

9999 ☐**Z0710 Z7.1. E teve despesas com cirurgias ou com tratamentos, como por exemplo, tratamentos de fisioterapia ou tratamentos dentários?**

INCLUI despesas de consultas com dentistas e estomatologistas, todas as despesas médicas durante o período de internamento, tratamentos de radioterapia ou quimioterapia.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐ → **Filtro Z6**
2 ☐ }
8 ☐ } **Z8.1**
9 ☐ }

FILTRO Z6

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z7.2a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z7.2b.

Z0720 Z7.2a. Quanto gastou?

Z7.2b. Quanto gastaram?

Indique valores inteiros (sem cêntimos). Se o entrevistado tiver dificuldade em indicar o valor certo registe o valor aproximado.

Deve indicar o valor efetivamente despendido nas últimas 2 semanas, mesmo que mais tarde venha a ser reembolsado.

Despesas com tratamentos (cirurgias, tratamentos de fisioterapia, tratamentos dentários, etc.)

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998 ☐

9999 Não sabe

9999 ☐

Z0810 Z8.1. E teve outras despesas de saúde? Como por exemplo, despesas com óculos e lentes de contacto, consultas e despesas de homeopatia, acupuntura, tratamentos de enfermagem, produtos dermatológicos.

INCLUI compra ou reparação de óculos e lentes de contacto, consultas com optometristas, tratamentos de enfermagem, produtos dermatológicos e as despesas com deslocações para os serviços de saúde ou realização de exames.

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

9 Não sabe

1 ☐ → Filtro Z72 ☐8 ☐ } Fim9 ☐**FILTRO Z7**

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z8.2a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z8.2b.

Z0820 Z8.2a. Quanto gastou?

Z8.2b. Quanto gastaram?

Indique valores inteiros (sem cêntimos). Se o entrevistado tiver dificuldade em indicar o valor certo registe o valor aproximado.

Deve indicar o valor efetivamente despendido nas últimas 2 semanas, mesmo que mais tarde venha a ser reembolsado.

Despesas com outros tratamentos, exames especiais ou outras despesas, incluindo despesas de transporte

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998 ☐

9999 Não sabe

9999 ☐**FIM DO QUESTIONÁRIO**

Questão: S3.2

EXEMPLOS



1 porção de fruta equivale mais ou menos a 1 mão cheia

Fruta de tamanho pequeno



= 1 PORÇÃO

Fruta de tamanho médio



= 1 PORÇÃO

Fruta de tamanho grande



= 1 PORÇÃO

1 taça de salada de fruta



= 1 PORÇÃO

Sumos feitos a partir de fruta fresca



1 COPO OU MAIS = 1 PORÇÃO

Questão: S4.2

EXEMPLOS



1 porção de legumes ou saladas equivale a cerca de 3 a 4 colheres de sopa

Legumes e vegetais (cozinhados ou consumidos em cru)



= 1 PORÇÃO

Legumes e vegetais consumidos em salada



= 1 PORÇÃO

Leguminosas



= 1 PORÇÃO

Sopa à base de legumes



= 1 PORÇÃO

Sumos feitos a partir de legumes frescos



1 COPO OU MAIS = 1 PORÇÃO

Questões: U3., U5. e U6.

EXEMPLOS

1 bebida alcoólica equivale a 1 unidade padrão

(cerca de 10 gr. de álcool) que varia consoante o tipo de bebida

Cerveja

= 1 UNIDADE
1 imperial ou 1 garrafa ou 1 lata (entre 20 cl e 33 cl)

Note que:

1 caneca grande ou 1 lata de 50 cl

= 2 UNIDADES

1 garrafa grande ou 1 caneca de 1 litro

= 4 UNIDADES

Cervejas de baixo teor alcoólico (entre 2% e 3%):

2 garrafas ou 2 latas (entre 20 e 33 cl)

= 1 UNIDADE

Vinho

= 1 UNIDADE
1 copo de vinho tinto, branco ou rosé (entre 10 cl e 12 cl)

Note que:

1 copo grande de vinho (cerca de 22 cl)

= 2 UNIDADES

1 jarro pequeno ou 1 garrafa pequena (entre 37,5 cl e 50 cl)

= 4 UNIDADES

1 jarro grande ou 1 garrafa normal (entre 75 cl e 100 cl)

= 8 UNIDADES

Bebidas espirituosas

= 1 UNIDADE
1 dose de whisky, aguardente, bagaceira, brandy, rum, gin, vodka (cerca de 3 cl)= 1 UNIDADE
1 cálice de vinho do porto, licor ou vermute (cerca de 6 cl)

Outros exemplos:

= 1 UNIDADE
1 long drink ou cocktail com 1 dose de bebida espirituosa (por exemplo, gin, whisky ou vodka) e refrigerante= 2 UNIDADES
1 cocktail ou 1 shot com mistura de várias bebidas (cerca de 6 cl)

Champanhe

= 1 UNIDADE
1 taça ou flute de champanhe (cerca de 10 cl)