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

Inquérito Nacional de Saúde 2014

Questionário Web

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	21
J - SAÚDE MENTAL	22
EHCM - CUIDADOS DE SAÚDE	24
K - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	24
L - ASSISTÊNCIA AMBULATORIA E DOMICILIÁRIA	25
M - CONSUMO DE MEDICAMENTOS	27
N - CUIDADOS PREVENTIVOS	27
O - SAÚDE REPRODUTIVA	30
P - NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS	32
EHDM - DETERMINANTES DA SAÚDE	34
Q - PESO E ALTURA	34
R - ATIVIDADE / EXERCÍCIO FÍSICO	34
S - CONSUMO DE ALIMENTOS	35
T - CONSUMO DE TABACO	37
U - CONSUMO DE ÁLCOOL	39
V - SATISFAÇÃO COM A VIDA	40
W - SUPORTE SOCIAL	41
X - CUIDADOS E ASSISTÊNCIA INFORMAL	42
Y - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	42
RD - RENDIMENTOS E DESPESAS	44
Z - RENDIMENTO E DESPESAS	44
ANEXOS (cartões com equivalências)	47

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.

Ninguém vive habitualmente neste alojamento

→ Fim do questionário → Mensagem nº 1

Mensagem nº 1

Terminou o preenchimento do questionário. Agradecemos a sua disponibilidade

N_INDIVIDUO_X |__|__| [NOME_IND_X]
 N_INDIVIDUO_X |__|__| [NOME_IND_X]
 N_INDIVIDUO_X |__|__| [NOME_IND_X]
 N_INDIVIDUO_X |__|__| [NOME_IND_X]

SEXO_X RA3. SEXO

1 Masculino 1
 2 Feminino 2

Data de nascimento

DT_NASC_2 RA4.2a. Dia Dia |__|__|

DT_NASC_3 RA4.3a. Mês Mês |__|__|

DT_NASC_4 RA4.4a. Ano Ano |__|__|__|

9999 Não sabe

9999 → RA4.1

DT_NASC_X RA4. |__|__| - |__|__| - |__|__|__|
 Dia Mês Ano

Ou

DT_NASC_1 RA4.1. Idade Idade |__|__|__|

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

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

Idade |__|__|__|

Quadro Resumo – Indivíduos Residentes – Seleção Indivíduo:

FILTRO RA1

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 do questionário

IND_SELEC RA5.VA2. Identificação do indivíduo selecionado pelo método do último aniversário: nº de ordem

|__|__|

RA0610 RA6.1. A pessoa seleccionada 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 os dados que registou?

- 1 Sim
2 Não

- 1 → Filtro RA2
2 → Volta ao ecrã anterior e corrige

FILTRO RA2 SE [IDADE_INDIV(IND_SELEC) < 18 → passa para CAPI [mensagem nº 2] ELSE → RA6.2
--

Mensagem nº 2

Como referido na carta enviada pelo INE, os indivíduos menores de idade (com menos de 18 anos) necessitam de um consentimento assinado por parte do adulto responsável que autorize a participação neste inquérito. Assim, este alojamento será contactado por um entrevistador a partir do dia 8 de outubro.

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.

Se a pessoa seleccionada, [NOME_IND_(IND_SELEC)], não tiver disponibilidade ou condições para responder ao questionário pela internet até 30 de setembro, este alojamento será contactado por um entrevistador a partir do dia 8 de outubro.

Sou a pessoa seleccionada e quero continuar a responder
O alojamento deverá ser contactado por um entrevistador

- 1 → Filtro RA3
2 → FIM do questionário

FILTRO RA3 N_TODOS_IND > 1 E [IDADE_INDIV(IND_SELEC) ≥ 18 E [IDADE! Pelo menos_IND ≥ 15] → RA8 N_TODOS_IND > 1 E [IDADE_INDIV(IND_SELEC) ≥ 18 E [IDADE! TODOS_IND < 15] → Filtro RA4 N_TODOS_IND = 1 E [IDADE_INDIV(IND_SELEC) ≥ 18 → A1
--

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

Considere todas as pessoas que contribuem e/ou beneficiam.

- 1 Sim
2 Não

- 1 → Filtro RA4
2

N_AGREGADO RA9. Assinale 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.VA3. N.º indivíduos do agregado seleccionado:
(aplicação calcula número de indivíduos)

|__|__| → Filtro RA4

CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO

Antes de prosseguir, gostaríamos de obter alguma informação sobre a(s) pessoa(s) que fazem parte do seu agregado.

FILTRO RA4

NIND_AGR_SELECT = 1 → A (dados individuais)
 NIND_AGR_SELECT > 1 e N_INDIVIDUO_X = IND_SELEC → RA11
 NIND_AGR_SELECT > 1 e N_INDIVIDUO_X ≠ IND_SELEC e (Idade < 16 E > 65) → RA11
 NIND_AGR_SELECT > 1 e N_INDIVIDUO_X ≠ IND_SELEC e (Idade ≥ 16 E ≤ 64) → RA10

RA1000 RA10. Atualmente, em termos de trabalho, em qual das situações se encontra [NOME_IND_X]?

- 1 Tem um emprego ou trabalho 1
Escolha também esta opção se trabalha sem ser pago para um familiar com quem vive, se estiver de "baixa médica" ou licença parental ou se estiver em formação profissional, estágio ou aprendizagem remunerada.
- 2 Está desempregado 2
 3 Está reformado ou noutra situação de inatividade económica 3
Considere a situação de estudantes, incapacitado permanente para o trabalho, doméstico e em serviço cívico ou comunitário.
- 8 Prefere não responder 8
 9 Não sabe 9

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

- 1 Sim, legalmente casado 1 → RA11.1
 2 Sim, em união de facto 2 → RA11.1
 3 Não 3 → Filtro RA5
 8 Prefere não responder 8 → Filtro RA5

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

|_|_|

FILTRO RA5

Idade ≥ 15 e NIND_AGR_SELECT = 2 e RA11=1;2 → [RA12 = 2 e RA13 = 2] (IMPUTA) → Filtro RA6
 Else → RA12

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

- 1 Sim 1 → RA12.1
 2 Não 2 → RA13
 8 Prefere não responder 8 → RA13

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

|_|_|

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

- 1 Sim 1 → RA13.1
 2 Não 2 → Filtro RA6
 8 Prefere não responder 8 → Filtro RA6

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

|_|_|

FILTRO RA6

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

As próximas questões são referentes a dados individuais da pessoa selecionada.

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. 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 escolha a opção "(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, considere 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. Em que país nasceu?

Considere as fronteiras atuais

Se nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, considere 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 | 1 <input type="checkbox"/> → A8 |
| 2 Há um ano ou mais | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } A8 |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

A0610 A6.1. Registe o número de anos*Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:*

N.º de anos |__|__|__| → A8

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

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 998 Prefere não responder | Idade __ __ __ → A6.1.VA |
| 999 Não sabe | 998 <input type="checkbox"/> → A8 |
| | 999 <input type="checkbox"/> → 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 | 1 <input type="checkbox"/> → A8 |
| 2 Há um ano ou mais | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → A8 |

A0710 A7.1. Nº de anos que reside em Portugal*Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:*

N.º de anos |__|__|__|

A0720 A7.2. Ano em que regressou a Portugal

Ano |__|__|__|__| → A7.2.VA

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

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 998 Prefere não responder | Idade __ __ __ → A7.2.VA |
| 999 Não sabe | 998 <input type="checkbox"/> → A8 |
| | 999 <input type="checkbox"/> → 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?*Se estiver em mais do que uma situação, escolha a situação que considere ser a principal.*

- | | | |
|--|-----------------------------|---------|
| 1 Tem um emprego ou trabalho
<i>Escolha também esta opção se trabalha sem ser pago para um familiar com quem vive, se estiver de "baixa médica" ou licença parental ou se estiver em formação profissional, estágio ou aprendizagem remunerada.</i> | 1 <input type="checkbox"/> | } A14.1 |
| 2 Está desempregado | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Está reformado do trabalho ou com reforma antecipada
<i>Escolha esta opção apenas se teve um emprego/trabalho e agora está reformado</i> | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 É incapacitado permanente (impossibilidade permanente para o trabalho)
<i>Escolha esta opção se tem uma incapacidade permanente e se se encontra em idade ativa, mesmo que receba uma pensão de invalidez.</i> | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 6 Ocupa-se de tarefas domésticas | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)
<i>Escolha esta opção se presta serviço comunitário imposto pelo Tribunal como cumprimento de uma pena, ou voluntariado.</i> | 7 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Tem outra situação de inatividade | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> | |

A0900 A9. No seu emprego ou negócio principal:

Responda em relação ao seu emprego ou negócio principal. Em caso de dúvida, considere aquele que o ocupa mais horas.

- 1 Trabalha por conta de outrem 1 → A10
Escolha esta opção se trabalha sob a autoridade de outra pessoa ou se está a realizar um estágio profissional remunerado.
- 2 Trabalha por conta própria 2
Escolha esta opção se não trabalha sob a autoridade de outra pessoa, se é membro de uma cooperativa de produção ou se trabalha na agricultura ou na pesca de subsistência (tudo ou quase tudo o que produz é para autoconsumo).
- 3 Trabalhador familiar não remunerado 3
Escolha esta opção se trabalha para um familiar com quem vive, sem ser pago.
- 8 Prefere não responder 8 } A10

A0910 A9.1. Tem empregados ao seu serviço?

- 1 Sim 1
Escolha esta opção se tiver ao seu serviço um ou mais trabalhadores pagos.
- 2 Não 2
Escolha esta opção se não tiver empregados pagos ou se tiver, exclusivamente, trabalhadores familiares não remunerados (que vivem consigo no alojamento).
- 8 Prefere não responder 8

A1000 A10. Atualmente, qual é a sua profissão principal?

Indique a sua profissão da forma mais completa possível ou descreva as principais tarefas que executa. Se tiver mais do que uma profissão, responda em relação àquela que atualmente lhe ocupa mais tempo (maior número de horas).

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?

Indique a atividade principal do local onde trabalha da forma mais completa possível ou descreva o que se faz no local onde trabalha.
 Se existir mais do que uma atividade no local onde trabalha, indique aquela que ocupa o maior número de pessoas ou a que gera mais lucro.
 Se trabalha no domicílio ou se não tem local de trabalho fixo, indique a atividade da empresa/organismo do qual depende laboralmente.
 Se tiver um contrato com uma empresa de trabalho temporário, indique a atividade principal do local onde trabalha, e não a atividade da empresa de trabalho temporário.
 Se trabalha numa empresa/organismo com vários estabelecimentos com diferentes atividades, indique 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 1
 2 Não 2
 8 Prefere não responder 8 } Filtro A1

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 eletrotécnica e máquinas dos Institutos Industriais	36 <input type="checkbox"/>
37 Curso de eletrotécnica 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 terminou mais do que uma licenciatura, considere a primeira.**Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:*

|_|_|_|_| → Filtro A2

A1420_A A14.2.A. Há quantos anos terminou a licenciatura?

Anos

|_|_|_|_| → A14.2.VA

A1420_B A14.2.B. Que idade tinha quando terminou a licenciatura?

Idade

|_|_|_|_| → A14.2.VA

9998 Prefere não responder

9998 → Filtro A3

9999 Não sabe

9999 → 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 (1.º ciclo)?

1 Sim, era pós-Bolonha

1 } Filtro A3

2 Não, era pré-Bolonha

2 } Filtro A3

3 Não sabe

3 → A14.4

8 Prefere não responder

8 → Filtro A3**A1440 A14.4. A licenciatura que completou era:**

1 De 3 anos

1 } Filtro A3

2 Mais de 3 anos

2 } Filtro A3

8 Prefere não responder

8 } Filtro A3**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

1 → A15.1

2 Não

2 } A16

8 Prefere não responder

8 } A16

9 Não sabe

9 } A16

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) | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 ADM (Assistência na Doença aos Militares) | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 SAD/PSP (Saúde e Assistência na Doença à PSP) | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 SAD/GNR (Saúde e Assistência na Doença à GNR) | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários) | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 Outro | 6 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

A1600 A16. Tem seguro de saúde?

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | → A16.1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | } Filtro A4 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

A1610 A16.1 Quais as coberturas que este lhe garante?*Se tiver mais do que um seguro, considere a totalidade das coberturas de todos os seguros.*

- | | | |
|---|----------------------------|-------------|
| 1 Apenas internamento | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro A4 |
| 2 Internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Internamento, consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e medicamentos | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Outras combinações de riscos | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Todos os riscos | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

FILTRO A4

SE sexo = 2 E idade <= 55 anos → A17

ELSE → B1

Como algumas questões deste inquérito estão relacionadas com o facto de estar ou ter estado grávida, responda às perguntas seguintes:**A1700 A17. Está grávida?**

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 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"/> |

A1800 A18. E esteve grávida nos últimos 12 meses?*Se está grávida, não considere a gravidez atual.*

- | | |
|--|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| Responda "Sim" mesmo que a gravidez não tenha chegado ao seu termo | |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

ESTADO DE SAÚDE

B - MÓDULO MÍNIMO DE SAÚDE EUROPEU

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

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 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?

Responda "Sim" se o problema de saúde dura ou possa vir a durar mais de 6 meses.

Considere os problemas de saúde controlados com medicação, problemas sazonais (p. ex. alergias) ou problemas de saúde causados por lesões, patologias congénitas ou malformações à nascença.

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 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?

O período de 6 meses refere-se à duração da limitação e não à duração do problema de saúde.

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 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. Indique se durante os últimos 12 meses, sofreu das seguintes doenças (responda linha-a-linha):

	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 de um 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>Considere todas as doenças das artérias do coração. Não considere 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? C10b. Diabetes?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1100	C11. Alergias, tais como, rinite, febre dos fenos, conjuntivite alérgica, dermatite, alergias alimentares ou outras alergias? <i>Não considere a 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 D1. Nos últimos 12 meses, teve algum acidente que lhe tenha provocado alguma lesão física? Não considere os acidentes de trabalho.

Uma lesão é uma alteração patológica de um tecido num organismo vivo causado por doença ou trauma. Considere também as lesões causadas por envenenamento ou provocadas por animais (por exemplo, insetos). Não considere as agressões intencionais infligidas por terceiros e as agressões autoinfligidas.

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

D0110 D1.1. Do(s) acidente(s) que teve, algum foi acidente de viação (mesmo como peão)?

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| <i>Responda "Sim" se teve um acidente que envolveu um veículo de transporte terrestre numa via pública ou num parque de estacionamento. O acidente pode ter envolvido condutores, passageiros ou peões.
Exemplos: 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> | |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

D0120 D1.2. Algum foi acidente doméstico?

- | | |
|--|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| <i>Responda "Sim" se teve um acidente dentro da residência do próprio ou de terceiros, ou nas respetivas imediações (garagem, jardim, entrada)
Exemplos: um corte ou queimadura a preparar a comida, queda de um escadote ao fazer um pequeno arranjo doméstico.</i> | |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| <i>Responda "Não" se o acidente ocorreu no decurso de uma atividade profissional exercida em casa.</i> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

D0130 D1.3. Algum ocorreu nas suas atividades de lazer?

- | | |
|--|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| <i>Responda "Sim" se teve um acidente durante a realização de atividades pessoais desenvolvidas por prazer ou interesse, excluindo acidentes ocorridas em casa ou nas suas imediações.
Exemplos: partir um braço ao escalar uma montanha, torcer o pé ao fazer uma corrida, cair de bicicleta numa montanha.</i> | |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> |
| <i>Responda "Não" se o acidente ocorreu em casa ou nas imediações.</i> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

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?

1 Sim

1 → D3

Responda "Sim" se necessitou de receber cuidados médicos por parte de um profissional de saúde, independentemente de terem sido prestados no local do acidente ou não.

2 Não

2

Responda "Não" se a lesão foi tratada por si ou por um familiar (não profissional de saúde).

8 Prefere não responder

8 Filtro E

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

1 Sim

1 → D4

2 Não

2

8 Prefere não responder

8 Filtro E

D0400 D4. Ficou internado pelo menos uma noite?

1 Sim

1

2 Não

2

8 Prefere não responder

8 Filtro E**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?

Considere todas as doenças, lesões ou problemas de saúde que tenham motivado a ausência ao trabalho (independentemente da justificação que apresentou no trabalho, caso seja trabalhador por conta de outrem).

Não considere as ausências devido a consultas de rotina, acompanhamento de uma pessoa doente ou licença parental.

1 Sim

1

2 Não

2

8 Prefere não responder

8 F1

9 Não sabe

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 em diferentes períodos, deve contar o total de dias.

Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

Número de dias completos

|_|_|_| → F1

E2_aux Quantos meses e/ou semanas e dias completos este ausente?

|_|_|

|_|_|

|_|_| → E0200_Aux

meses semanas dias

999 Não sabe

999 → F1

F - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS FÍSICAS E SENSORIAIS

As perguntas seguintes estão 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?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → F2.1a |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> → F2.1b |
| 3 Cego (não consegue ver de todo) | 3 <input type="checkbox"/> } |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } F3 |

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

F2.1b. E tem dificuldade em ver?

Considere as dificuldades de visão com boas condições de luminosidade, quer a longa quer a curta distância.

(Se F0100 = 3 → F0210 = 1)

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } F3 |

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

(Se F0100 = 3 → F0220 = 3)

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 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"/> |

F0300 F3. Usa uma prótese ou implante auditivo?

- | | |
|---------------------------|------------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → F4.1a |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> → F4.1b |
| 3 Surdo (surdez profunda) | 3 <input type="checkbox"/> } |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } F6.1 |

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?

Responda tendo em conta a sua capacidade de ouvir outra pessoa num espaço sem ruído de fundo ou com um nível de ruído muito baixo.

Não considere as conversas telefónicas.

(Se F0300 = 3 → F0410 = 1)

- | | |
|-------------------------|--|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } Filtro F1 |

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

(Se F0300 = 3 → F0420 = 3)

- | | |
|--------------------------|--|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> } |
| 2 Tem muita dificuldade | 2 <input type="checkbox"/> } Filtro F1 |
| 3 Não consegue de todo | 3 <input type="checkbox"/> } |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } F6.1 |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

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?

Responda tendo em conta a sua capacidade de ouvir outra pessoa num espaço com ruído de fundo.

Não considere as conversas telefónicas.

(Se F0300 = 3 → F0510 = 1)

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------|
| 1 Sim | <input type="checkbox"/> | } F6.1 |
| 2 Não | <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | |

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

(Se F0300 = 3 → F0520 = 3)

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

F0610 F6.1. Tem dificuldade em falar?

Não confundir com situações de timidez em falar, por exemplo, perante um grupo.

- | | | |
|---|--------------------------|--------|
| 1 Sim | <input type="checkbox"/> | } F7.1 |
| <i>Responda "Sim" se tiver dificuldade em falar com as outras pessoas de forma audível e compreensível.</i> | | |
| 2 Não | <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | |

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

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

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.

- | | | |
|--|--------------------------|--------|
| 1 Sim | <input type="checkbox"/> | |
| <i>Responda "Sim" se precisar de ajudas técnicas (exemplos: bengala, andarilho, prótese, cadeira de rodas) ou da ajuda de outra pessoa</i> | | |
| 2 Não | <input type="checkbox"/> | → F9.1 |
| <i>Também responda "Não" se for cego e não tiver limitações na mobilidade, mesmo que utilize um cão-guia ou uma bengala.</i> | | |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | → F8.1 |

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

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

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 | <input type="checkbox"/> | } F9.1 |
| 2 Não | <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | |

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?

- | | | |
|---|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro G1 |
| <i>Responda "Sim" se precisar de ajudas técnicas (exemplos: bengala, andarilho, prótese, cadeira de rodas) ou da ajuda de outra pessoa.</i> | | |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| <i>Também responda "Não" se for cego e não tiver limitações na mobilidade, mesmo que utilize um cão-guia ou uma bengala.</i> | | } |
| 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?**

Considere todos os movimentos relacionados com o ato de comer ou beber (levar a comida do prato à boca, levar um copo cheio até à boca, cortar a comida, usar talheres, espalhar manteiga ou doce numa fatia de pão, pôr sal na comida). Não considere as atividades relacionadas com a aquisição, com a preparação ou com a confeção dos alimentos. Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (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?

Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (exemplos: 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?*Responda em relação à atividade em que tem maior dificuldade.*

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 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?*Considere todos os movimentos associados ao ato de vestir e despir a roupa (tirar roupa de armários ou 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 (exemplos: bengala, andarilho, 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?*Responda em relação à atividade em que tem maior dificuldade.*

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 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?*Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (exemplos: bengala, andarilho, 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 G5.1. Habitualmente tem dificuldade em tomar banho ou duche sem ajuda?*Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (exemplos: bengala, andarilho, 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?*Responda em relação à atividade em que tem maior dificuldade.*

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 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?

- | | |
|-------------------------|--|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → G6.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } Filtro G2 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } |

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, adaptação da habitação ou ajudas técnicas.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 → **G8a**
2 } **G8b**
8

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, pretende-se 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?

Não considere aquecer alimentos já preparados.

Considere preparar os alimentos e cozinhar.

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

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

- 1 → **H1.2**
2 } **H2.1**
3
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?

Considere 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 (exemplos: bengala, andarilho, prótese ou cadeira de rodas).

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

- 1 → **H2.2**
2 } **H3.1**
3
8

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

HA1b

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 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"/> |

H0310 H3.1. Habitualmente tem dificuldade em ir às compras sem ajuda?*Considere selecionar, comprar e transportar os bens necessários para o dia a dia.**Não considere o transporte de compras pesadas.**Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (exemplos: bengala, andarilho, prótese ou cadeira de rodas).*

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → H3.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } H4.1 |
| 3 Nunca teve que o fazer | 3 <input type="checkbox"/> } H4.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } |

H0320 H3.2 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"/> |

H0410 H4.1. Habitualmente tem dificuldade em preparar e tomar a medicação a horas sem ajuda?*Considere preparar a medicação no dia a dia nas dosagens certas e tomá-la à hora certa.**Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas.*

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → H4.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } H5.1 |
| 3 Nunca teve que o fazer | 3 <input type="checkbox"/> } H5.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } |

H0420 H4.2 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"/> |

H0510 H5.1. Habitualmente tem dificuldade em realizar tarefas domésticas ligeiras sem ajuda?*Considere lavar loiça, passar a roupa a ferro, fazer a cama e realizar limpezas ligeiras.**Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (exemplos: bengala, andarilho, prótese ou cadeira de rodas).*

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → H5.2 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> } H6.1 |
| 3 Nunca teve que o fazer | 3 <input type="checkbox"/> } H6.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> } |

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?
Considere transportar compras pesadas por mais de 5 minutos, fazer limpezas profundas, lavar o chão com uma escova e lavar as janelas.
Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (exemplos: bengala, andarilho, prótese ou cadeira de rodas).

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

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

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

H0710 H7.1. Habitualmente tem dificuldade em tomar conta do seu dinheiro e das tarefas administrativas quotidianas sem ajuda?
Considere planear o pagamento de contas, pagar contas e gerir dinheiro, arquivar documentos, ir ao banco e planear compras para o dia a dia.
Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas.

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

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

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

FILTRO H

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

H0900 H9a. E precisa de mais ajuda?

H9b. E precisa de ajuda?

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

I - DOR

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

I0100 I1. Qual a intensidade da dor que sentiu nas últimas 4 semanas?

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável com carácter subjetivo e, por isso, deve responder de acordo com a sua experiência pessoal.

Se sentiu mais do que uma dor nas últimas 4 semanas, deve considerar a intensidade 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?

Considere como tarefas habituais as que realiza fora de casa e as 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 J1. Nas últimas 2 semanas, com que frequência teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas habituais?

Indique com que frequência, nas últimas 2 semanas, sentiu que o seu interesse ou prazer em fazer todas ou quase todas as atividades diminuiu acentuadamente ou ouviu comentários nesse sentido feitos por outras pessoas.

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção "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 J2. E com que frequência se sentiu em baixo, deprimido ou desamparado?

Indique com que frequência, nas últimas 2 semanas, sentiu-se com o ânimo deprimido (por exemplo, sentiu-se triste ou vazio) ou ouviu comentários nesse sentido feitos por outras pessoas (por exemplo, parecia que estava com vontade de chorar).

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção "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 J3. E com que frequência teve dificuldade em adormecer ou dormiu pouco ou dormiu demasiado?

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção "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?

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção "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?

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção "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?

Considere sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou desadequada, mais do que apenas autorrecriminação ou culpa por estar doente.

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção "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?

Indique com que frequência, nas últimas 2 semanas, sentiu que a sua capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões estava diminuída ou ouviu comentários nesse sentido feitos por outras pessoas.

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção "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?

Indique com que frequência, nas últimas 2 semanas, mexeu-se ou falou com agitação ou lentidão excessiva ou ouviu comentários nesse sentido feitos por outras pessoas.

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

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Nunca | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro K1 |
| 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"/> | |

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**
- 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 em diversos períodos, indique o número total de noites.

Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

Número total de noites

|_|_|_| → **Filtro K3**

K2_aux Quantos meses e/ou semanas e dias completos este ausente?

|_|_|
meses|_|_|
semanas|_|_|
dias

- 998 Prefere não responder
999 Não sabe

- 998
999 } **Filtro K3**

K0200_AUX

K2.VA. Cálculo automático em noites

|_|_|_|

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 ao hospital várias vezes, indique apenas o número total de vezes em que não ficou internado, caso tenha ocorrido.***N.º total de vezes**

|_|_|_|

998 Prefere não responder

998

999 Não sabe

999 **L - ASSISTÊNCIA AMBULATORIA E DOMICILIÁRIA****As próximas perguntas são sobre as últimas consultas que realizou num estabelecimento de saúde (hospital, centro de saúde ou consultório médico privado). Não considere as consultas em que foi como acompanhante de outra pessoa.****L0100 L1. Quando foi a última vez que consultou um dentista?***Considere também as consultas com ortodontistas e estomatologistas.*

1 Há menos de 6 meses

1 } L2

2 6 a menos de 12 meses

2 }

3 Há 12 meses ou mais

3 → L3a

4 Nunca

4 → L3b

8 Prefere não responder

8 → L4.1**L0200 L2. Qual a principal razão da última consulta?**

1 Sentiu dores ou outra situação de urgência

1

2 Extração de um dente

2

3 Fazer uma prótese dentária ("placa")

3

4 Queria conhecer o estado de saúde da boca

4

5 Faz todos os anos uma visita ao dentista

5

6 Higienização ("limpeza") da boca

6 } L4.1

7 Aplicação de selantes de fissura

7

8 Outra razão

8

98 Prefere não responder

98

99 Não sabe

99 **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

2 Porque não há dentista na localidade onde mora

2

3 Porque é difícil marcar uma consulta

3

4 Porque é muito caro

4

5 Por outra razão

5

8 Prefere não responder

8

9 Não sabe

9 **L0410 L4.1. Escova os dentes?**

1 Sim

1 → L4.2

2 Não

2 }

8 Prefere não responder

8 } L5

L0420 L4.2. Com que frequência?

- | | |
|---|----------------------------|
| 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?

Considere também os médicos de família.

Considere as consultas em consultórios médicos privados, as consultas no domicílio e as teleconsultas.

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

Considere as consultas de medicina interna, as consultas com cirurgiões, as consultas com psiquiatras e as consultas com outros médicos especialistas.

Não considere as consultas com dentistas, especialistas de medicina geral e familiar e as consultas em situação de internamento.

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

Considere também as consultas com cinesioterapeutas ou massagistas 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?

Considere os cuidados de saúde prestados por enfermeiros, acompanhamento de pessoas idosas, fornecimento de refeições, auxílio na higiene pessoal ou tarefas domésticas e serviços de transporte.

Não considere consultas médicas no domicílio e cuidados prestados por familiares, amigos ou vizinhos.

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

- 1
2
8
9 } **Filtro M1**

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.

Considere 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
2 Não
8 Prefere não responder

- 1
2
8 } **Filtro M2**

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.

Considere qualquer medicamento, produto natural à base de plantas, medicamento homeopático ou suplemento alimentar (vitaminas, minerais ou tónicos) consumido por sua iniciativa ou com aconselhamento médico, mas em relação ao qual não foi passada uma receita médica.

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

- 1
2
8

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
9 } **N2.1**

N0120 N1.2. Quando foi a última vez?

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

- 1 → **N1.3**
2
8 } **N2.1**

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 } **N3.1**
8
9

N0220 N2.2. Quando foi a última vez?

- 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?*Considere médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos e técnicos de saúde.*

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

1
2 } **N4.1**
8
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?*Considere médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos, técnicos de saúde e técnicos de laboratório.*

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

1
2 } **N5.1**
8
9

N0420 N4.2. 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

N0510 N5.1. Alguma vez o seu nível de glicémia (teor de açúcar no sangue) foi medido por um profissional de saúde?*Considere médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos, técnicos de saúde e técnicos de laboratório.*

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

1
2 } **N6.1**
8
9

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?

Considere 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?

A colonoscopia total é um 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 N

SE Sexo = 1 → P1.1

SE Sexo = 2 → N8.1

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

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|---------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } N9.1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

N0820 N8.2. 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"/> |

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. Qual foi o principal método contraceptivo que utilizaram?

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

1
2
3
4
5
6
7
8 } **Filtro O2**
9
10
11
12
13
14
98
99

O0300 O3. Qual a principal razão para não utilizarem um método contraceptivo?

- 1 Está a amamentar
2 Quer engravidar
3 Não tem atividade sexual atualmente
4 Por razões de saúde
5 Está na menopausa
6 Outro motivo
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1
2
3
4 } **Filtro O2**
5
6
8
9

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?

Também responda "Sim" mesmo que a gravidez não tenha chegado ao seu termo.

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

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|--|
| | Ano do último parto | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → Filtro O3 |
| 9997 Não aplicável | | 9997 <input type="checkbox"/> |
| 9998 Prefere não responder | | 9998 <input type="checkbox"/> |
| 9998 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 | <input type="checkbox"/> | → O6.2b |
| 2 Não | <input type="checkbox"/> | } Filtro O4 |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | <input type="checkbox"/> | |

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

Se amamentou menos de uma semana registe 0.

Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

- | | | |
|---------------------------|--|---|
| | Número de semanas de amamentação em exclusivo | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → Filtro O4 |
| O6.2_aux | Quantos meses e/ou semanas amamentou? | |
| | <input type="text"/> <input type="text"/>
meses | <input type="text"/> <input type="text"/>
semanas |
| 998 Prefere não responder | | 998 <input type="checkbox"/> |
| 999 Não sabe | | 999 <input type="checkbox"/> |

O0620_AUX

O2.VA. Cálculo automático em semanas

||| → **Filtro O4**

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.

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

Considere também as consultas de saúde materna.

Se não foi pelo menos a uma consulta de vigilância da gravidez registe 0.

Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

- | | | |
|--------|---|---|
| | Nº de semanas de gravidez na 1ª consulta de vigilância | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → Filtro O5 |
| O7_aux | Quantos meses e/ou semanas de gravidez? | |
| | <input type="text"/> <input type="text"/>
meses | <input type="text"/> <input type="text"/>
semanas |

998 Prefere não responder
999 Não sabe

998 } Filtro O5
999

O0700_AUX

O7.VA. Cálculo automático em semanas

|_|_|_| → Filtro O5

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?

Responda em relação 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?

- 1 Alguns dias por semana
2 Alguns dias durante o mês
3 Uma vez por mês
4 Menos de uma vez por mês
Por exemplo: de vez em quando ou em ocasiões especiais.
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1
2
3
4
8
9

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

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

1
2
8
9

P - NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS

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?

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

- 1 Sim
Responda "Sim" se não recebeu cuidados de saúde em tempo útil, teve de recorrer a uma alternativa (não foi possível marcar uma consulta em tempo útil, ficou em lista de espera apesar da urgência) ou desistiu de procurar cuidados devido ao tempo que teria de esperar.
2 Não
3 Não houve necessidade
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1
2
3
8
9

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?

Não considere eventuais dificuldades relacionadas com o custo do transporte.

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> |
| <i>Responda "Sim" se teve de ficar à espera devido à distância em relação ao estabelecimento de saúde ou à inexistência de meios de transporte.</i> | |
| 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?

As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a 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"/> |

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?

Considere os cuidados de saúde prestados por (ou sob a supervisão de) dentistas, estomatologistas ou ortodontistas. As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a 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?

Considere os medicamentos que só podem ser obtidos com uma receita médica (de um médico ou dentista). As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a 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?

Considere os cuidados de saúde mental prestados por médicos psiquiatras, psicólogos ou psicoterapeutas. As dificuldades financeiras podem resultar de diferentes fatores, como os preços elevados ou a 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"/> |

DETERMINANTES DE SAÚDE

Q - PESO E ALTURA

As perguntas seguintes são sobre características físicas e sobre atividades e/ou comportamentos que podem influenciar positiva ou negativamente o estado de saúde

Q0100 Q1. Qual é a sua altura?

Registe a sua altura em centímetros (cm) e sem sapatos.

998 Prefere não responder

999 Não sabe

Cm

|_|_|_|

998

999

FILTRO Q

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 o seu peso em quilogramas (kg), sem roupas e sem sapatos.

998 Prefere não responder

999 Não sabe

Kg

|_|_|_|

998

999

R - ATIVIDADE / EXERCÍCIO FÍSICO

Pense no tempo que dedica a atividades como trabalhar, cuidar da casa, tomar conta de familiares, estudar, fazer voluntariado, etc. Não considere atividades de lazer nem desportivas.

R0100 R1. Das seguintes opções selecione a que melhor descreve a forma principal como desempenha as atividades acima referidas.

Se executa várias atividades, considere aquela a que dedica mais tempo.

- 1 Sentada ou em pé em atividades que envolvem um esforço físico ligeiro
- 2 Em movimento ou em tarefas que exigem um esforço físico moderado
- 3 Em trabalhos pesados ou fisicamente exigentes
- 4 Não executa nenhuma das atividades indicadas
- 8 Prefere não responder

1

2

3

4

8

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 habitualmente não se desloca a pé ou desloca-se menos de 10 minutos seguidos, registe 0.

8 Prefere não responder

N.º de dias

|_|

8

} Filtro R1

FILTRO R1

SE R0210 = 0 ou 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 o seu tempo de deslocação variar muito ao longo da semana, indique o tempo médio por dia.

- 1 10 a 29 minutos
- 2 30 a 59 minutos
- 3 1 hora a menos de 2 horas
- 4 2 horas a menos de 3 horas
- 5 3 horas ou mais
- 8 Prefere não responder

1

2

3

4

5

8

- 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 habitualmente não se desloca de bicicleta ou desloca-se menos de 10 minutos seguidos, registe 0.

8 Prefere não responder

N.º de dias }
8 } Filtro R2

FILTRO R2

SE R0310 = 0 ou 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 o seu tempo de deslocação variar muito ao longo da semana, indique o tempo médio por dia.

- 1 10 a 29 minutos
- 2 30 a 59 minutos
- 3 1 hora a menos de 2 horas
- 4 2 horas a menos de 3 horas
- 5 3 horas ou mais
- 8 Prefere não responder

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.**

Se habitualmente não pratica exercício físico ou pratica menos de 10 minutos seguidos, registe 0.

Exemplos: fazer uma caminhada, jogar à bola, correr, andar de bicicleta ou nadar.

8 Prefere não responder

N.º de dias }
8 } Filtro R3

FILTRO R3

SE R0410 = 0 ou 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

9 Não sabe

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

Se não pratica atividades destinadas a fortalecer os músculos, registe 0.

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

8 Prefere não responder

N.º de dias
8

S - CONSUMO DE ALIMENTOS

- S0100 S1. Quantas refeições principais é que toma habitualmente por dia? Considere como refeições principais o pequeno-almoço, o almoço e o jantar.**

8 Prefere não responder

N.º de refeições principais
8

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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0202	S2.2. Sopa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0203	S2.3. Pão	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0204	S2.4. Carne	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
S0205	S2.5. Peixe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
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"/> |

S0310 S3.1. Com que frequência come fruta, incluindo sumos feitos a partir de fruta fresca mas excluindo sumos preparados a partir de concentrados?

Não considere 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?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | 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?**
Considere também os sumos feitos a partir de legumes frescos, legumes enlatados, leguminosas (feijões, lentilhas), sopas (quentes ou frias) e pratos vegetarianos.
- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------|
| 1 Uma vez ou mais por dia | <input type="checkbox"/> | } T1 |
| 2 4 a 6 vezes por semana | <input type="checkbox"/> | |
| 3 1 a 3 vezes por semana | <input type="checkbox"/> | |
| 4 Menos de uma vez por semana | <input type="checkbox"/> | |
| 5 Nunca | <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | <input type="checkbox"/> | |

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

	N.º de porções de legumes e saladas	_ _
998 Prefere não responder		998 <input type="checkbox"/>
999 Não sabe		999 <input type="checkbox"/>

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, com exceção do cigarro eletrónico.
 Responda independentemente da regularidade do consumo.*
- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------|
| 1 Sim | <input type="checkbox"/> | → T3.1 |
| 2 Não | <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | → T9 |
- T0200 **T2. Alguma vez fumou?**
*Considere qualquer tipo de tabaco, com exceção do cigarro eletrónico.
 Responda independentemente da regularidade do consumo.*
- | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------|
| 1 Sim | <input type="checkbox"/> | → T3.2 |
| 2 Não | <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | } T9 |
- T0310 **T3.1 Fuma:**
- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------|
| 1 Diariamente | <input type="checkbox"/> | } Filtro T1 |
| 2 Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | → T9 |
- T0320 **T3.2 Fumava:**
- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------|
| 1 Diariamente | <input type="checkbox"/> | } Filtro T1 |
| 2 Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | <input type="checkbox"/> | → 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?**
Se consome mais do que um tipo de tabaco, considere o que consome com mais frequência e assinale apenas uma resposta.

- | | | |
|--|----------------------------|-------------|
| 1 Cigarros em maço | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro T2 |
| 2 Cigarros enrolados à mão | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Charutos | 3 <input type="checkbox"/> | } Filtro T3 |
| 4 Cigarrilhas | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Tabaco de cachimbo | 5 <input type="checkbox"/> | } Filtro T3 |
| 6 Tabaco de cachimbo de água, narguilé ou shisha | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 Outro tipo | 7 <input type="checkbox"/> | } Filtro T3 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

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 | _ _ _ | } Filtro T3 |
| 998 Prefere não responder | | 998 <input type="checkbox"/> | |
| 999 Não sabe | | 999 <input type="checkbox"/> | |

T0600 T6. Com que idade deixou de fumar?

*Se deixou de fumar mais do que uma vez, indique a idade em que deixou de fumar pela última vez.
Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:*

- | | | | |
|--|--------------|------------------------------|------|
| | Idade | _ _ _ → T7 | |
| T0600_A T6.A. Há quantos anos deixou de fumar? | | | |
| | Anos | _ _ _ → T6.VA | |
| T0600_B T6.B. Em que ano deixou de fumar? | | | |
| | Ano | _ _ _ _ → T6.VA | |
| 998 Prefere não responder | | 998 <input type="checkbox"/> | } T7 |
| 999 Não sabe | | 999 <input type="checkbox"/> | |
| 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.

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

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------|
| 1 Apoio médico | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro T3 |
| 2 Apoio psicológico | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Apoio médico e psicológico | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Apoio médico e/ou psicológico e medicamentos | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Medicamentos | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 6 Pastilhas de nicotina | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 Adesivos ou pensos de nicotina | 7 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Nenhum apoio | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Outro apoio | 9 <input type="checkbox"/> | |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> | |
| 99 Não sabe | 99 <input type="checkbox"/> | |

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?

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

T0900 T9. Utiliza cigarro eletrônico?

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

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

T1010 T10.1. Com que frequência está em espaços fechados onde outras pessoas fumam?

Considere apenas o fumo produzido por outras pessoas (fumo passivo).

Exemplos espaços fechados: casa, trabalho, espaços públicos, restaurantes, etc.

- 1 Diariamente 1 → T10.2
- 2 Ocasionalmente 2 } U1
- 3 Nunca 3 }
- 8 Prefere não responder 8

T1020 T10.2. E habitualmente quanto tempo está exposto:

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

T1030 T10.3. E essa exposição ao fumo de tabaco em espaços fechados acontece sobretudo em que local?

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

- 1 Todos os dias ou quase todos os dias 1
- Escolha esta opção se bebeu nos 365 dias dos últimos 12 meses ou geralmente em mais do que 6 dias por semana.*
- 2 5 a 6 dias por semana 2
- 3 3 a 4 dias por semana 3
- 4 1 a 2 dias por semana 4
- 5 2 a 3 dias por mês 5 } U6
- 6 Uma vez por mês 6
- 7 Menos de uma vez por mês 7
- 8 Não consumiu nos últimos 12 meses, por ter deixado de consumir álcool 8
- Escolha esta opção se não consumiu álcool nos últimos 12 meses, mas já consumiu pelo menos uma bebida ao longo da sua vida sem ser apenas para provar.*
- 9 Nunca consumiu, ou só ocasionalmente para provar 9 } V1
- Escolha esta opção se nunca consumiu uma bebida na sua vida, ou, no máximo, deu alguns goles ocasionalmente com o objetivo de provar a bebida.*
- 98 Prefere não responder 98
- 99 Não sabe 99

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

- 1 4 dias 1
- 2 3 dias 2
- 3 2 dias 3
- 4 1 dia 4
- 5 Em nenhum dos dias 5 } U4
- 8 Prefere não responder 8

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

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 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"/> |
| 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"/> |
- } U6

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

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 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.

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

- | | |
|--|-----------------------------|
| 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 próximas questões 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

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

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 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:

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 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

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

- | | | |
|---|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro Y1 |
| <i>Responda "Sim" se presta ajuda a alguém com uma doença crónica ou com um problema de saúde prolongado ao nível da realização dos cuidados pessoais ou das atividades domésticas.</i> | | |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| <i>Também responda "Não" se prestar este tipo de cuidados no âmbito da sua atividade profissional.</i> | | |
| 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

SE Y0100_aux = 1 → Ya
 SE 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 écran 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

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

ELSE → FILTRO Y3

As próximas questões referem-se a incapacidades de longa duração. Por favor, ignore quaisquer problemas temporários.

Y0100 Y1. Está limitado à sua casa (apartamento ou andar)?

Considere também os espaços exteriores pertencentes à habitação como, por exemplo, o jardim ou o pátio. 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 → FILTRO Y3 2
- 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?

- 1 Sim → FILTRO Y3 1
- 2 Não 2
- 3 Desloca-se em cadeira de rodas → FILTRO Y3 3
- 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?

- 1 Sim 1
- Responda "Sim" 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.
- 2 Não } FILTRO Y3 2
- 8 Prefere não responder 8

Y0320 Y3.2. Consegue mudar de posição na cama:

- 1 Sozinho, sem dificuldade 1
- 2 Sozinho, mas com dificuldade 2
- 3 Só com ajuda } FILTRO Y3 3
- 8 Prefere não responder 8

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?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------|
| 1 Acidente de viação, excluindo acidente de trabalho
<i>Escolha esta opção se teve um acidente de viação que não ocorreu no exercício da sua atividade profissional.
Deve considerar os acidentes rodoviários ocorridos na via pública ou em parques de estacionamento (públicos ou privados), quer o veículo se encontrasse ou não em movimento.</i> | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro Z1 |
| 2 Acidente de viação em trabalho
<i>Escolha esta opção se teve um acidente de viação que ocorreu no exercício da sua atividade profissional.
Deve considerar os acidentes rodoviários ocorridos na via pública ou em parques de estacionamento (públicos ou privados), quer o veículo se encontrasse ou não em movimento.</i> | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Acidente de trajeto (casa/trabalho ou vice versa)
<i>Escolha esta opção se teve um acidente no trajeto entre o seu local de trabalho e a sua residência habitual (ou vice-versa) ou entre o seu local de trabalho e o sítio onde habitualmente toma as suas refeições.</i> | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Acidente de trabalho, excluindo acidente de viação em trabalho
<i>Escolha esta opção se teve um acidente no seu local de trabalho, durante o tempo de trabalho ou em exercício da sua atividade profissional, exceto se foi um acidente de viação em trabalho.</i> | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Acidente doméstico
<i>Escolha esta opção se teve um acidente dentro de uma casa, garagem ou jardim.
Se esse acidente ocorreu durante o exercício de uma atividade profissional realizada em casa, deve considerar como acidente de trabalho.</i> | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 6 Acidente em atividades de lazer
<i>Escolha esta opção se teve um acidente no decurso de atividades pessoais desenvolvidas por prazer ou interesse, excluindo os acidentes ocorridos no exercício de uma atividade profissional ou em casa.</i> | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 Acidente na escola
<i>Escolha esta opção se teve um acidente na escola enquanto estudante ou aluno.
Se a escola for o seu local de trabalho, deve assinalar como acidente de trabalho.</i> | 7 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Doença, exceto doença profissional
<i>Escolha esta opção se teve uma doença natural.</i> | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Doença profissional
<i>Escolha esta opção se teve uma doença, lesão ou perturbação funcional como consequência necessária e direta da sua atividade profissional, certificada por entidade competente e segundo legislação em vigor.</i> | 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

FILTRO Z1

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z1a.;
SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 1 → Z1b.;
SE SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 2 → Z1c.

- Z0100
- Z1.a** Habitualmente qual é o valor aproximado do seu rendimento mensal líquido? Considere todos os rendimentos com carácter 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).
- Z1.b** 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 carácter 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).

Z1.c 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 carácter 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 carácter irregular ou extraordinário: os juros ou lucros de investimentos financeiros, bónus, heranças, subsídios de casamento, morte e nascimento

Considere apenas o rendimento depois de deduzidos impostos, contribuições para a Segurança Social e contribuições voluntárias.

9999999 Não sabe

|_|_|_|_|_|_|_| Euros → **Filtro Z2**

9999999 → Z2

Z0200 **Z2. Em alternativa indique o escalão do rendimento mensal líquido correspondente:**

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------|
| 1 Até 450 euros | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro Z2 |
| 2 451 - 650 euros | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 651 - 800 euros | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 801 - 1 000 euros | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 1 001 - 1 200 euros | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 6 1 201 - 1 400 euros | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 1 401 - 1 700 euros | 7 <input type="checkbox"/> | |
| 8 1 701 - 2 000 euros | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 2 001 - 2 700 euros | 9 <input type="checkbox"/> | |
| 10 Mais de 2 700 euros | 10 <input type="checkbox"/> | |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> | |
| 99 Não sabe | 99 <input type="checkbox"/> | |

FILTRO Z2

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z3a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 1 → Z3b.

SE SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 2 → Z3c.

Z0300 **Z3.a** Nas últimas duas semanas pagou despesas de saúde, quer respeitem a situações anteriores ou futuras, quer sejam ou não reembolsadas?

Z3.b Nas últimas duas semanas, as pessoas que vivem no alojamento pagaram despesas de saúde, quer respeitem a situações anteriores ou futuras, quer sejam ou não reembolsadas?

Z3.c Nas últimas duas semanas, as pessoas do seu agregado familiar (nome [NOME_IND_X(NIND_AGR_SELECT)]) pagaram despesas de saúde, quer respeitem a situações anteriores ou futuras, quer sejam ou não reembolsadas?

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|--------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | Z4.1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | } Fim |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

As despesas pagas nas últimas duas semanas foram com:

Z0410 **Z4.1** Consultas, incluindo consultas de urgência?

Considere consultas em hospitais, centros de saúde, em consultórios médicos privados, no domicílio, entre outros. Não considere homeopatas, técnicos de acupuntura ou naturistas e consultas em internamento.

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | → Filtro Z3 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | } Z5.1 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

FILTRO Z3

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z4.2.a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z4.2.b.

Z0420 **Z4.2.a.** Quanto gastou (incluindo taxas moderadoras com consultas nos hospitais e centros de saúde)?

Z4.2.b. Quanto gastaram (incluindo taxas moderadoras com consultas nos hospitais e centros de saúde)?

Despesas com consultas de urgência ou com outras consultas

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998

9999 Não sabe

9999 **Z0510 Z5.1. Análises e outros exames complementares de diagnóstico?**

*Considere as despesas com radiografias, ecografias, TAC, ressonâncias, eletrocardiogramas, etc.
Não considere as despesas com análises e exames efetuados durante um internamento.*

1 Sim

1 → Filtro Z4

2 Não

2

8 Prefere não responder

8 } Z6.1

9 Não sabe

9 **FILTRO Z4**

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z5.2.a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z5.2.b.

Z0520 Z5.2.a. Quanto gastou?**Z5.2.b. Quanto gastaram?****Despesas com análises e outros exames complementares de diagnóstico**

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998

9999 Não sabe

9999 **Z0610 Z6.1. Medicamentos, prescritos ou não?**

1 Sim

1 → Filtro Z5

2 Não

2

8 Prefere não responder

8 } Z7.1

9 Não sabe

9 **FILTRO Z5**

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z6.2.a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z6.2.b.

Z0620 Z6.2.a. Quanto gastou?**Z6.2.b. Quanto gastaram?****Despesas com medicamentos**

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998

9999 Não sabe

9999 **Z0710 Z7.1. Cirurgias ou tratamentos, como por exemplo, tratamentos de fisioterapia ou tratamentos dentários?**

Considere dentistas ou estomatologistas, tratamentos de radioterapia ou quimioterapia e as despesas médicas durante o período de internamento.

1 Sim

1 → Filtro Z6

2 Não

2

8 Prefere não responder

8 } Z8.1

9 Não sabe

9 **FILTRO Z6**

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z7.2.a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z7.2.b.

Z0720 Z7.2.a. Quanto gastou?**Z7.2.b. Quanto gastaram?**

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

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998

9999 Não sabe

9999

Z0810 Z8.1. Outras despesas de saúde, como despesas com óculos e lentes de contacto, consultas e despesas de homeopatia, acupuntura, tratamentos de enfermagem, produtos dermatológicos?

Considere compra ou reparação de óculos ou lentes de contacto, consultas de optometria, tratamentos de enfermagem, produtos dermatológicos e deslocações para os serviços de saúde ou para a realização de exames.

1 Sim

1 → **Filtro Z7**

2 Não

2

8 Prefere não responder

8 } **Fim**

9 Não sabe

9

FILTRO Z7

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z8.2.a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z8.2.b.

Z0820 Z8.2.a. Quanto gastou?

Z8.2.b. Quanto gastaram?

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



Fruta de tamanho médio



Fruta de tamanho grande



1 taça de salada de fruta



Sumos feitos a partir de fruta fresca



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)



Legumes e vegetais consumidos em salada



Leguminosas



Sopa à base de legumes



Sumos feitos a partir de legumes frescos



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



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



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



Outros exemplos:



Champanhe

