



INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
STATISTICS PORTUGAL

Instrumento de notação do Sistema Estatístico Nacional
(Lei n.º 22/2008, de 13 de Maio), de resposta obrigatória.
Registado no INE sob o n.º 10370 válido até 31 de dezembro de 2019.

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

Inquérito Nacional de Saúde 2019

Guião do Questionário CAPI

ÍNDICE

RA - INFORMAÇÃO DO ALOJAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO	3
CSV - CARACTERIZAÇÃO DO INDIVÍDUO SELECIONADO	8
A - DADOS INDIVIDUAIS	8
EHSM - ESTADO DE SAÚDE	14
B1 - MÓDULO MÍNIMO DE SAÚDE EUROPEU	14
B2 - AUTOAPRECIAÇÃO DA SAÚDE ORAL	14
C - DOENÇAS CRÔNICAS	14
D - ACIDENTES E LESÕES	15
E - AUSÊNCIA LABORAL (POR RAZÕES DE SAÚDE)	16
F - LIMITAÇÕES FUNCIONAIS FÍSICAS E SENSORIAIS	17
G - CUIDADOS PESSOAIS	20
H - ATIVIDADES DOMÉSTICAS	22
I - DOR	24
J - SAÚDE MENTAL	24
EHCM - CUIDADOS DE SAÚDE	26
K - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	26
L1 - ASSISTÊNCIA AMBULATORIA E DOMICILIÁRIA	27
L2 - SAÚDE OCUPACIONAL	29
M - CONSUMO DE MEDICAMENTOS	30
N - CUIDADOS PREVENTIVOS	30
O - SAÚDE REPRODUTIVA	33
P - NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS	35
EHDM - DETERMINANTES DA SAÚDE	37
Q - PESO E ALTURA	37
R - ATIVIDADE / EXERCÍCIO FÍSICO	37
S - CONSUMO DE ALIMENTOS	39
T - CONSUMO DE TABACO	41
U - CONSUMO DE ÁLCOOL	44
V - SATISFAÇÃO COM A VIDA	45
W - SUPORTE SOCIAL	46
X - CUIDADOS E ASSISTÊNCIA INFORMAL	46
Y - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO	47
RD - RENDIMENTOS E DESPESAS	49
Z - RENDIMENTO E DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR	49
ANEXOS (cartões com equivalências)	52

RA - INFORMAÇÃO DO ALOJAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO
IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS RESIDENTES

N_INDIVIDUO R1_1.VA1 Número de ordem do indivíduo
 |_|_|

NOME_IND R1 Indique, por favor, o nome das pessoas que vivem habitualmente neste alojamento, qualquer que seja a sua idade.
 Pense também nas pessoas que estão fora por razões de trabalho, estudos, doença, em viagem ou de férias.

Os nomes que indicar servem apenas para facilitar o preenchimento do questionário, sendo excluídos no tratamento dos dados estatísticos do inquérito e de qualquer divulgação. Pode indicar apenas as iniciais dos nomes ou diminutivos, desde que permitam diferenciar claramente as pessoas.

Considere que vivem habitualmente neste alojamento as pessoas que:

- Estão ausentes do alojamento há menos de 1 ano;
- Estão ausentes do alojamento há 1 ano ou mais, por razões de trabalho, mas voltam ao alojamento, todas ou quase todas as semanas;
- Estão ausentes do alojamento há 1 ano ou mais, porque estão a estudar em Portugal (exceto trabalhadores-estudantes);
- 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.

Considere que NÃO vivem habitualmente neste alojamento as pessoas que:

- Estão ausentes do alojamento há 1 ano ou mais, porque são trabalhadores-estudantes em Portugal, ou estudantes no Estrangeiro;
- Estão ausentes do alojamento há 1 ano ou mais, por outras razões que não seja trabalho ou estudo;

Nº	Nome da pessoa	
_	_____	→ Filtro R1
_	_____	

[N_INDIVDUOS] Número de indivíduos residentes no alojamento
 |_|_|

Filtro R1

[N_INDIVDUOS] = 1 → [CARACT_INDIV]
 [N_INDIVDUOS] > 1 → [N_RESPONDENTE]

N_RESPONDENTE RA0.5 Assinale quem está a responder.
 Para efeitos da recolha de dados relativos à composição do agregado familiar, o respondente tem de ter 18 ou mais anos. Apenas poderá ter menos de 18 anos se for emancipado ou economicamente independente.

N_RESPONDENTE

1 [NOME_IND]	_____	_
2 [NOME_IND]	_____	_
3 [NOME_IND]	_____	_
...		

CARACT_INDIV Para cada uma das pessoas que referiu anteriormente, indique o sexo e a data de nascimento.

SEXO

1 Masculino	1 <input type="checkbox"/>
2 Feminino	2 <input type="checkbox"/>

Data de nascimento (dia/mês/ano):

DT_NASC |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| → Filtro R2

IDADE_INDIV Cálculo da idade do indivíduo a 15 de setembro de 2019 idade |_|_|_|
 (Calcular idade obtida a partir de DT_NASC e 15 de setembro de 2019)

IND_ELEG Indivíduo Elegível.

1 Sim	1 <input type="checkbox"/>
2 Não	2 <input type="checkbox"/>

ALOJ_IND_ELEG

Existência de indivíduos elegíveis no alojamento.

- 1 Sim
2 Não

- 1 ☐
2 ☐

→

[N_IND_ELEGS]

N_IND_ELEGS

Número de indivíduos elegíveis:

|_|_|

SELECIONAR

CONF_IND

Como referido na carta enviada pelo INE, as perguntas deste inquérito são dirigidas a uma das pessoas com 15 ou mais anos à data de 15 de setembro de 2019.

Se os dados registados estão corretos e incluem todos os residentes, pressione o botão "Confirmar".

Atenção: Após confirmar os dados será definida a pessoa selecionada para responder e não poderá alterar os dados anteriormente preenchidos.

Se os dados registados não estão corretos, pressione a seta no canto inferior esquerdo para voltar atrás e corrigi-los.

(apresentar quadro resumo de residentes)

[NOME] [IDADE_INDIV] [SEXO]

CONF_IND

1 CONFIRMAR

→

Filtro R2

N_IND_SELEC

Identificação do indivíduo selecionado pelo método do último aniversário

|_|_|

(apenas para indivíduos com idade >= 15 anos a 15 de setembro de 2019)

Filtro R2

[N_IND_ELEGS]=1 And ([N_IND_SELEC]=[N_RESPONDENTE]) → [TRADUTOR]

[N_IND_ELEGS]>1 And ([N_IND_SELEC]=[N_RESPONDENTE]) → [TRADUTOR]

[N_IND_ELEGS]>1 And ([N_IND_SELEC]<>[N_RESPONDENTE]) → Filtro R3

PESSOA SELECIONADA - [NOME_IND]

Filtro R3

SE [IDADE_INDIV(N_IND_SELEC)] < 18 → [CONF_MENOR]

Else → [DISP]

CONF_MENOR

RA6.2A. A pessoa selecionada para responder ao inquérito (a última a fazer anos até 15 de setembro) é **([NOME_IND][N_IND_SELEC])**, do sexo **([SEXO][N_IND_SELEC])** com **([IDADE_INDIV][N_IND_SELEC])** anos a 15 de setembro.

Como **([NOME_IND][N_IND_SELEC])** tem menos de 18 anos, é necessário o consentimento do representante legal para a resposta aos inquéritos do INE. Para esse efeito, solicitamos que seja registado:

- 1 Autorizo que o MENOR **([NOME_IND][N_IND_SELEC])** prossiga a resposta
2 Não autorizo que o MENOR **([NOME_IND][N_IND_SELEC])** prossiga a resposta

1 ☐ → [DISP]

2 ☐ → [MOTIVO_MENOR]

MOTIVO_MENOR

Qual o motivo para recusar a participação de **([NOME_IND][N_IND_SELEC])**

→ Mensagem FIM

RA4 Agradeço a sua colaboração, as próximas perguntas devem ser respondidas pelo(a) ([NOME_IND][N_IND_SELEC]), do sexo ([SEXO][N_IND_SELEC]) com ([IDADE_INDIV][N_IND_SELEC]) anos a 15 de setembro. O(A) Sr(a) ([NOME_IND][N_IND_SELEC]) encontra-se disponível para responder ao inquérito?

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

- 1 Sim
2 Não

- 1 ☐ → Filtro R4
2 ☐ → [V0130_IND]

Filtro R4

Se ([N_IND_SELEC] <> [N_RESPONDENTE]) → [DT_NASC_CONF]
Else → Imputa V0130_IND=1 → [TRADUTOR]

DT_NASC_CONF

Antes de passar para as questões do inquérito peço-lhe que confirme se [DT_NASC] é a sua data de nascimento?

- 1 Sim
2 Não

- 1 ☐ → [TRADUTOR]
2 ☐ → [DT_NASC_NOVA]

DT_NASC_NOVA

Então qual é a sua data de nascimento?

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

→ Filtro R5

Filtro R5

Se [DT_NASC_NOVA] implicar nova seleção → Nova seleção
Else → Imputa V0130_IND=1 → [TRADUTOR]

V0130_IND

RA5 Resultado do Questionário ao indivíduo selecionado

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

- 1 ☐
8 ☐ → Marcar novo contacto
2 ☐ → Mensagem FIM
4 ☐ → Mensagem FIM
3 ☐ → Questionário Recusa
5 ☐ }
6 ☐ } Mensagem FIM
7 ☐ }

TRADUTOR

RA4.2. Registe se a entrevista vai ser auxiliada na tradução (incluindo língua gestual) por outro indivíduo que não o próprio.

Inclui tradução em língua gestual ou em língua estrangeira por alguém que o próprio entrevistado indique.

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

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐

Filtro R6

SE [N_INDIVDUOS] = 1 e N_IND_ELEG = 1 → imputa DESP_PART = 1 → CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO
SE [N_INDIVDUOS] > 1 E [IDADE_INDIV(IND_SELEC) ≥ 15 E [IDADE|N_INDIVDUOS<15] → imputa DESP_PART = 1 → CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO
ELSE → RA7

DESP_PART

RA7 Todas as pessoas residentes no alojamento partilham um orçamento comum para as despesas de alojamento e alimentação?

- 1 Sim
2 Não

- 1 ☐ → CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO
2 ☐ → [N_GRUPO1]

N_GRUPO1 **RA7.1** Assinale quem partilha as despesas da casa e alimentação consigo. Considere também as pessoas que, não contribuindo, beneficiam desse orçamento comum.

	Grupo	
DISPLAY_NOME_IND	Grupo	
	_____ [NOME_IND] _____	1 __
	_____ [NOME_IND] _____	1 __
N_AGREGADO	_____ [NOME_IND] _____	1 __
NAO_GRUPO1	Não partilho com ninguém __ __	→ CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO

NIND_AGR_SELECT **RA7.VA1** N.º indivíduos do agregado |__|
(aplicação calcula número de indivíduos)

FIM DA IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS RESIDENTES

RA - INFORMAÇÃO DO ALOJAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO

CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO - RELAÇÕES DE PARENTESCO

FILTRO RA7

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → A1

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → RA11

RA1100 **RA11. O Sr. [NOME_IND_X] vive com cônjuge ou companheiro?**
Partners

- 1 Sim, legalmente casado
2 Sim, em união de facto
3 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → RA11.1
2 ☐ → RA11.1
3 ☐ → RA12
8 ☐ → RA12

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

|_|_| → Filtro RA8

FILTRO RA8

SE NIND_AGR_SELECT = 2 E RA1100(IND_SELEC) = 1,2 → Filtro RA9

ELSE → RA12

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

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → RA12.1
2 ☐ → RA13
8 ☐ → RA13

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

|_|_|

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

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → RA13.1
2 ☐ → Filtro RA9
8 ☐ → Filtro RA9

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

|_|_| → Filtro RA9

CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO (Idade ≥ 16 E ≤ 64) - EXCETO INDIVÍDUO SELECIONADO

FILTRO RA9

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

ELSE → Filtro RA10

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

Se estiver em mais do que uma situação, escolha a situação que considere ser a principal.

- 1 Tem um emprego ou trabalho
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
3 É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado
4 Está reformado do trabalho ou com reforma antecipada
Escolha esta opção apenas se teve um emprego/trabalho e agora está reformado. Se nunca trabalhou, mas recebe uma reforma ou pensão escolha a opção "Tem outra situação de inatividade".
5 É incapacitado permanente (impossibilidade permanente para o trabalho)
Escolha esta opção se tem uma incapacidade permanente e se se encontra em idade ativa, mesmo que receba uma pensão de invalidez.
6 Ocupa-se de tarefas domésticas
7 Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)
Escolha esta opção se presta serviço comunitário imposto pelo Tribunal como cumprimento de uma pena, ou voluntariado.
8 Tem outra situação de inatividade
98 Prefere não responder
99 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐ } **Filtro RA10**
6 ☐
7 ☐
8 ☐
98 ☐
99 ☐

FIM DO CICLO DOS INDIVÍDUOS DO AGREGADO

FILTRO RA10

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

ELSE → A1

A0100 Marstablegal	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 Citizen	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 Citizen	A2.1. Então qual é o país da sua nacionalidade? Se tiver múltipla nacionalidade, indique a que detém há mais tempo. Se tiver pendente um processo para obtenção de nacionalidade, indique a que detém atualmente. Se não tiver nacionalidade, registe a opção "apátrida".
	<div style="text-align: right;">(ISO alpha 2) __ __ </div> 7 Apátrida 7 <input type="checkbox"/> 8 Prefere não responder 8 <input type="checkbox"/> 9 Não sabe 9 <input type="checkbox"/>
A0300 Birthplace	A3. Nasceu em Portugal? Considere as fronteiras atuais. Se nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, deve ser considerado o país de residência da sua mãe no momento do nascimento.
	1 Sim 1 <input type="checkbox"/> → A4 2 Não 2 <input type="checkbox"/> → A3.1 8 Prefere não responder 8 <input type="checkbox"/> → A4
A0310 Birthplace	A3.1. Então em que país nasceu? Considere as fronteiras atuais. Se nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, deve ser considerado o país de residência da sua mãe no momento do nascimento.
	<div style="text-align: right;">(ISO alpha 2) __ __ → A7</div> 8 Prefere não responder 8 <input type="checkbox"/> → A8
A0400 IN1	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 IN2	A5. Quantos anos residiu fora de Portugal? Considere o último país onde residiu por um período contínuo de pelo menos um ano.
	<div style="text-align: right;">N.º de anos __ __ __ </div> 998 Prefere não responder 998 <input type="checkbox"/> 999 Não sabe 999 <input type="checkbox"/>
A0600 IN3	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?		
		Idade	_ _ _ → A6.1.VA
	998 Prefere não responder		998 <input type="checkbox"/> → A8
	999 Não sabe		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?		
IN4	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. Registe o número de anos	Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:	
		N.º de anos	_ _ _ → A8
A0720	A7.2. Em que ano chegou a Portugal?		
		Ano	_ _ _ _ → A7.2.VA
A0720_A	A7.2.A. Com que idade chegou a Portugal?		
		Idade	_ _ _ → A7.2.VA
	998 Prefere não responder		998 <input type="checkbox"/> → A8
	999 Não sabe		999 <input type="checkbox"/> → A8
A0720_VA	A7.2.VA. [aplicação calcula o número de anos de residência em Portugal]		_ _ _ → A8
A1900	A8. O seu pai nasceu em Portugal?		
Birthplacefath	Considere as fronteiras atuais. Se o seu pai nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, deve ser considerado o país de residência da avó paterna no momento do nascimento do seu pai.		
	1 Sim		1 <input type="checkbox"/> → A9
	2 Não		2 <input type="checkbox"/> → A8.1
	8 Prefere não responder		8 <input type="checkbox"/> → A9
	9 Não sabe		9 <input type="checkbox"/> → A9
A1910	A8.1. Então em que país nasceu?		
Birthplacefath	Considere as fronteiras atuais. Se o seu pai nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, deve ser considerado o país de residência da avó paterna no momento do nascimento do seu pai.		
		(ISO alpha 2)	_ _
	8 Prefere não responder		8 <input type="checkbox"/>
A2000	A9. A sua mãe nasceu em Portugal?		
Birthplacemoth	Considere as fronteiras atuais. Se a sua mãe nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, deve ser considerado o país de residência da avó materna no momento do nascimento da sua mãe.		
	1 Sim		1 <input type="checkbox"/> → A10
	2 Não		2 <input type="checkbox"/> → A9.1
	8 Prefere não responder		8 <input type="checkbox"/> → A10
	9 Não sabe		9 <input type="checkbox"/> → A10
A2010	A9.1. Então em que país nasceu?		
Birthplacemoth	Considere as fronteiras atuais. Se a sua mãe nasceu no estrangeiro, em circunstâncias/local inesperado, deve ser considerado o país de residência da avó materna no momento do nascimento da sua mãe.		
		(ISO alpha 2)	_ _
	8 Prefere não responder		8 <input type="checkbox"/>
A0800	A10. Atualmente, em termos de trabalho, em qual das situações se encontra? Vou ler-lhe as opções de resposta:		
Mainstat	Se estiver em mais do que uma situação, escolha a situação que considere ser a principal.		

- 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 É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado 3 ☐
- 4 Está reformado do trabalho ou com reforma antecipada 4 ☐
- Escolha esta opção apenas se teve um emprego/trabalho e agora está reformado. Se nunca trabalhou, mas recebe uma reforma ou pensão escolha a opção "Tem outra situação de inatividade".
- 5 É incapacitado permanente (impossibilidade permanente para o trabalho) 5 ☐
- Escolha esta opção se tem uma incapacidade permanente e se se encontra em idade ativa, mesmo que receba uma pensão de invalidez.
- 6 Ocupa-se de tarefas domésticas 6 ☐
- 7 Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório) 7 ☐
- Escolha esta opção se presta serviço comunitário imposto pelo Tribunal como cumprimento de uma pena, ou voluntariado.
- 8 Tem outra situação de inatividade 8 ☐
- 98 Prefere não responder 98 ☐
- 99 Não sabe
- A16.1**

A0900 Jobstat A11. No seu emprego ou negócio principal trabalha por conta de outrem, por conta própria ou trabalha sem ser pago para uma pessoa de família com quem vive?

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 ☐ → A12
- 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 ☐
- A12**

A0910 Jobstat A11.1. 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 Jobisco A12. Atualmente, qual é a sua PROFISSÃO principal? [O que é que faz?]

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 Jobisco A12.VA1. CPP - 10 (2 dígitos)

CPP - 10 (2 dígitos) |__|__|

A1100 Locnace A13. 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.

A1110 A13.VA1. CAE - rev.3. (2 dígitos)
Locnace

CAE rev.3 (2 dígitos) |__|__|

A1200 A14. Trabalha a tempo inteiro?
FT_PT

- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } Filtro A1

FILTRO A1

SE A0900 = 1 → A15;
SE A0900 ≠ 1 → A16.1

A1300 A15. É um contrato sem termo ou com termo?
Jobstat

- 1 Sem termo, ou seja, "é efetivo" ou "está no quadro"
2 Com termo, ou seja, a prazo
Escolha também esta opção se estiver numa situação de prestação de serviços (recibos verdes ou semelhantes) ou se tiver um trabalho sazonal ou ocasional.
3 Sem contrato escrito
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐

A1410 A16.1. Qual o ano ou nível de escolaridade mais elevado que completou ou ao qual obteve equivalência?

Hatlevel

Caso não consiga identificar o nível de escolaridade, escolha a opção "Sem correspondência (anos/níveis antigos)" para aceder a uma lista de níveis antigos.
Se o nível de escolaridade mais elevado que completou foi obtido no estrangeiro, assinala o nível correspondente no sistema de ensino português.

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

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐ } Filtro A3
5 ☐
6 ☐
11 ☐
7 ☐
8 ☐ → A16.2
9 ☐ } Filtro A3
10 ☐
12 ☐ → A16.1.A
98 ☐ → Filtro A3

A1410_A A16.1.A. Qual o ano ou nível de escolaridade mais elevado que completou ou ao qual obteve equivalência?

Hatlevel

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

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

18 Cursos de especialização	18	<input type="checkbox"/>	Filtro A3
19 5º ano experimental do ensino preparatório	17	<input type="checkbox"/>	
20 Curso geral unificado (7º, 8º e 9º anos)	20	<input type="checkbox"/>	
21 3º ciclo do ensino recorrente	21	<input type="checkbox"/>	
22 6º ano das escolas técnicas	22	<input type="checkbox"/>	
23 3º ciclo liceal (7º ano dos liceus)	23	<input type="checkbox"/>	
24 7º ano dos seminários	24	<input type="checkbox"/>	
25 Curso complementar liceal diurno	25	<input type="checkbox"/>	
26 Curso complementar liceal noturno	26	<input type="checkbox"/>	
27 Cursos complementares técnicos	27	<input type="checkbox"/>	
28 Propedêutico	28	<input type="checkbox"/>	
29 12º ano - via ensino	29	<input type="checkbox"/>	
30 12º ano - via profissionalizante	30	<input type="checkbox"/>	
31 Ensino secundário recorrente	31	<input type="checkbox"/>	
32 1º, 2º e 3º anos do ensino filosófico	32	<input type="checkbox"/>	
33 Magistério primário	33	<input type="checkbox"/>	
34 Curso de educadores de infância profissionalizados pelas ex-escolas de educadores de infância	34	<input type="checkbox"/>	
35 Curso de regente agrícola	35	<input type="checkbox"/>	
36 Curso de eletrotecnia e máquinas dos Institutos Industriais	36	<input type="checkbox"/>	
37 Curso de eletrotecnia e máquinas do Instituto Técnico Militar	37	<input type="checkbox"/>	
38 Curso de construções civis e minas dos Institutos Industriais	38	<input type="checkbox"/>	
39 Curso de química laboratorial e industrial dos Institutos Industriais	39	<input type="checkbox"/>	
40 Curso de contabilista dos Institutos Comerciais	40	<input type="checkbox"/>	
41 Curso de contabilista do 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 A16.2. Em que ano terminou a licenciatura?

Hatlevel

Se um indivíduo tiver terminado mais do que uma licenciatura considere a primeira.
Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

|_|_|_| → Filtro A2

A1420_A A16.2.A. Há quantos anos terminou a licenciatura?

Anos

|_|_|_| → A16.2.VA

A1420_B A16.2.B. Que idade tinha quando terminou a licenciatura?

Idade

|_|_|_| → A16.2.VA

9998 Prefere não responder

9998 ☐ → Filtro A3

9999 Não sabe

9999 ☐ → Filtro A3

A1420_VA A16.2.VA. [aplicação calcula o ano de conclusão da licenciatura]

|_|_|_| → Filtro A2

FILTRO A2

SE (A1420 ≥ 2007 E ≤ 2012) OU (A1420_VA ≥ 2007 E ≤ 2012) → A16.3

ELSE → Filtro A3

A1430 A16.3. A licenciatura que completou era pós-Bolonha (1º ciclo)?

Hatlevel

1 Sim, era pós-Bolonha

1 ☐

2 Não, era pré-Bolonha

2 ☐

3 Não sabe

3 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

} Filtro A3

→ A16.4

→ Filtro A3

A1440 A16.4. A licenciatura que completou era de 3 anos ou era de mais de 3 anos?

Hatlevel

1 De 3 anos

1 ☐

2 Mais de 3 anos

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

} Filtro A3

FILTRO A3

SE [Região = Continente] → A17a.

SE [Região = RAA OU RAM] → A17b.

A1500 **A17a. 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.**
IN5

A17b. Para além do Serviço Regional de Saúde, é beneficiário de um subsistema de assistência na doença, como por exemplo ADSE ou SAMS? Não considere seguros de saúde.

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

1 ☐ → A17.1
2 ☐
8 ☐ } A18
9 ☐

A1510 **A17.1 Qual é o subsistema de que é beneficiário?**

IN5

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

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

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
8 ☐
9 ☐

A1600 **A18. Tem seguro de saúde?**

IN6

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

1 ☐ → A18.1
2 ☐
8 ☐ } Filtro A4
9 ☐

A1611 **A18.1. É um seguro contra todos os riscos?**

IN7

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

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

1 ☐ → Filtro A4
2 ☐
8 ☐ } A18.2
9 ☐

A18.2. Quais as coberturas que o seguro garante?

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

	Sim	Não	Prefere não responder	Não sabe
A1612 A18.2.1. Medicamentos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A1613 A18.2.2. Consultas (exceto estomatologia e medicina dentária)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A1614 A18.2.3. Exames e tratamentos em ambulatório?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A1615 A18.2.4. Internamento hospitalar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A1616 A18.2.5. Cirurgias?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A1617 A18.2.6. Estomatologia e medicina dentária?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
A1618 A18.2.7. Outros riscos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/> → Filtro A4
Inclui Próteses e ortóteses; Parto, cesariana e IVG				

FILTRO A4

SE sexo = 2 E idade ≤ 55 anos → A19

ELSE → B1

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

A1700 **A19. Está grávida?**

NT1

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

1 ☐
2 ☐
8 ☐
9 ☐

A1800 **A20. E esteve grávida nos últimos 12 meses?**
NT2 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"/> |

EHSM

ESTADO DE SAÚDE

B1 - MÓDULO MÍNIMO DE SAÚDE EUROPEU

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

HS1

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 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?**

HS2

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. Em que medida se sente limitado para realizar atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas, devido a um problema de saúde? Diria que se sente...**

HS3A

As atividades referem-se às que a generalidade das pessoas fazem habitualmente e não às efetivamente realizadas pela pessoa.

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------|------|
| 1 Severamente limitado | 1 <input type="checkbox"/> | } B4 |
| 2 Limitado mas não severamente | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Nada limitado | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

B0310 **B3.1 Sentiu-se limitado durante pelo menos os últimos seis meses?**

HS3B

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

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

B2 - AUTOAPRECIAÇÃO DA SAÚDE ORAL

B0400 **B4. A próxima questão é sobre o estado de saúde oral.**

CD2

Como descreve o estado dos seus dentes e gengivas?

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

C - DOENÇAS CRÓNICAS

C0. Indique se durante os últimos 12 meses, sofreu de...

C0100 **C1. Asma (incluindo asma alérgica)?**

CD1a

Sim	Não	Prefere não responder	Não sabe
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?**

CD1b

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

C0300 **C3. Enfarte do miocárdio (ou ataque cardíaco) ou de consequências crónicas do enfarte do miocárdio?**

CD1c

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

		Sim	Não	Prefere não responder	Não sabe
C0400 CD1d	C4. Doença coronária ou angina de peito? Considere todas as doenças das artérias do coração. Não considere as consequências crónicas do enfarte do miocárdio.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0500 CD1e	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 CD1f	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 CD1g	C7. Artrose (ou doença degenerativa das articulações)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C0800 CD1h	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 CD1i	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 CD1j	C10a. Diabetes, excluindo a diabetes durante a gravidez?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1100 CD1k	C10b. Diabetes? C11. Alergias, tais como, rinite, febre dos fenos, conjuntivite alérgica, dermatite, alergias alimentares ou outras alergias? Não considere a asma alérgica.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1200 CD1l	C12. Cirrose hepática? Doença crónica do fígado. Inclui todas as cirroses (mesmo não alcoólicas).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1300 CD1m	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 CD1n	C14. Problemas renais crónicos, incluindo insuficiência renal? As pedras nos rins só devem ser consideradas caso entenda que é um problema crónico ou prolongado.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1500 CD1o	C15. Depressão?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C1600 CD1p	C16. Colesterol elevado ou triglicéridos, isto é, níveis elevados de gordura no sangue?	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
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
8 ☐
9 ☐ } Filtro E

D0110 AC1a	D1.1. Do(s) acidente(s) que teve, algum foi acidente de viação (mesmo como peão)?
---------------	--

- 1 Sim
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.
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐

2 ☐
8 ☐

D0120 D1.2. Algum foi acidente doméstico?

AC1b

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

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

AC1c

- 1 Sim 1 ☐
Responda "Sim" se teve um acidente durante a realização de atividades pessoais desenvolvidas por prazer ou interesse, excluindo acidentes ocorridos 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.
- 2 Não 2 ☐
Responda "Não" se o acidente ocorreu em casa ou nas imediações.
- 8 Prefere não responder 8 ☐

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

|_| → **Filtro D**

FILTRO D

SE D0100_aux = 1 → D2a; SE D0100_aux > 1 → D2b;
ELSE → Filtro E

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

AC2

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 ☐ } **Filtro E**
Responda "Não" se a lesão foi tratada por si ou por um familiar (não profissional de saúde).
- 8 Prefere não responder 8 ☐

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

AC2

- 1 Sim 1 ☐ → D4
- 2 Não 2 ☐ } **Filtro E**
- 8 Prefere não responder 8 ☐

D0400 D4. Ficou internado pelo menos uma noite?

AC2

- 1 Sim 1 ☐ } **Filtro E**
- 2 Não 2 ☐
- 8 Prefere não responder 8 ☐

E - AUSÊNCIA LABORAL (POR RAZÕES DE SAÚDE)

FILTRO E

Se A0800 = 1 → E1;
Se A0800 ≠ 1 → F1

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

AW1

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
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
8 ☐ } F1
9 ☐

E0200
AW2

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

Considere o número de dias completos incluindo dias de semana, fins de semana e feriados.
Se esteve ausente por diversos períodos, deve ser contabilizado o total de dias.
Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

Número de dias completos

|_|_|_| → F1

- E2_aux.1 Número de meses
E2_aux.2 Número de semanas
E2_aux.3 Número de dias completos
E2.VA. Cálculo automático em dias
998 Prefere não responder
999 Não sabe

|_|_|_| } E0200_Aux
|_|_|_| }
|_|_|_| }
|_|_|_| → F1
998 ☐ } F1
999 ☐

E0200_AUX

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
PL1

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

Se o entrevistado for completamente cego, não coloque a pergunta e assinale o código 3.

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

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

F0210
PL2

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
2 Não
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐ } F3
8 ☐

F0220
PL2

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

(Se F0100 = 3 → F0220 = 3)

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

1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

F0300
PL3

F3. Usa uma prótese ou implante auditivo?

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

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

F0410
PL4

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
2 Não
8 Prefere não responder

1 ☐
2 ☐ } Filtro F1
8 ☐

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

PL4

(Se F0300 = 3 → F0420 = 3)

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

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

FILTRO F1

SE F0300 = 1 → F5.1a

SE F0300 = 2,8 → 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?

PL5

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
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐
2 ☐ } F6.1
8 ☐

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

PL5

(Se F0300 = 3 → F0520 = 3)

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

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

F0610 F6.1. Tem dificuldade em falar?

IN8

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

- 1 Sim
Responda "Sim" se tiver dificuldade em falar com as outras pessoas de forma audível e compreensível.
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐
2 ☐ } F7.1
8 ☐

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

IN8

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

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

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

PL6

500 metros corresponde, por exemplo, a 5 vezes o comprimento do relvado de um estádio de futebol.

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

- 1 ☐
2 ☐ → F9.1
8 ☐ → F8.1

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

PL6

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

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
8 ☐
9 ☐

F0810 IN9	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. <i>(Se F0710 = 2 → F0810 = 2)</i>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	} F9.1
	1 Sim 2 Não 8 Prefere não responder		
F0820 IN9	F8.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
	1 Tem alguma dificuldade 2 Tem muita dificuldade 3 Não consegue de todo 8 Prefere não responder 9 Não sabe		
F0910 PL7	F9.1. Tem dificuldade em subir ou descer 12 degraus sem ajuda?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	} F10.1
	1 Sim Responda "Sim" se precisar de ajudas técnicas (exemplos: bengala, andarilho, prótese, cadeira de rodas) ou da ajuda de outra pessoa 2 Não Também responda "Não" se for cego e não tiver limitações na mobilidade, mesmo que utilize um cão-guia ou uma bengala. 8 Prefere não responder		
F0920 PL7	F9.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
	1 Tem alguma dificuldade 2 Tem muita dificuldade 3 Não consegue de todo 8 Prefere não responder 9 Não sabe		
F1010 PL8	F10.1. Tem dificuldades de memória ou concentração?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	} F11.1
	1 Sim 2 Não 8 Prefere não responder		
F1020 PL8	F10.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
	1 Tem alguma dificuldade 2 Tem muita dificuldade 3 Não consegue de todo 8 Prefere não responder 9 Não sabe		
F1110 PL9	F11.1. Tem dificuldades em morder e mastigar alimentos rijos como, por exemplo, uma maçã?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	} Filtro F2
	1 Sim Responda "Sim" se precisar de ajudas técnicas como prótese dentária 2 Não 8 Prefere não responder		
F1120 PL9	F11.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	} Filtro F2
	1 Tem alguma dificuldade 2 Tem muita dificuldade 3 Não consegue de todo 8 Prefere não responder 9 Não sabe		

FILTRO F2

SE Idade ≥ 55 → G1.1; ELSE → I1

G - CUIDADOS PESSOAIS**G1. Agora pense nos cuidados pessoais do dia a dia.****G0110 G1.1. Habitualmente tem dificuldade em comer ou beber sem ajuda?**

PC1a

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

2 Não

8 Prefere não responder

1 ☐2 ☐8 ☐} **G2.1****G0120 G1.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?**

PC1a

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 ☐**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?**

PC1b

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

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

1 ☐2 ☐8 ☐} **G3.1****G0220 G2.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?**

PC1b

Responda em relação à atividade em que tem maior dificuldade.

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

PC1c

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, andador, prótese ou cadeira de rodas).

1 Sim

2 Não

8 Prefere não responder

1 ☐2 ☐8 ☐} **G4.1****G0320 G3.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?**

PC1c

Responda em relação à atividade em que tem maior dificuldade.

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 ☐

G0410	G4.1. Habitualmente tem dificuldade em utilizar a retrete sem ajuda?	
PC1d	Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andarilho, prótese ou cadeira de rodas).	
	1 Sim 2 Não 8 Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
		G5.1
G0420	G4.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?	
PC1d		
	1 Tem alguma dificuldade 2 Tem muita dificuldade 3 Não consegue de todo 8 Prefere não responder 9 Não sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
G0510	G5.1. Habitualmente tem dificuldade em tomar banho ou duche sem ajuda?	
PC1e	Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas (por exemplo, bengala, andarilho, prótese ou cadeira de rodas).	
	1 Sim 2 Não 8 Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
		G6.1
G0520	G5.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?	
PC1e	Responda em relação à atividade em que tem maior dificuldade.	
	1 Tem alguma dificuldade 2 Tem muita dificuldade 3 Não consegue de todo 8 Prefere não responder 9 Não sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
G0610	G6.1. Habitualmente tem dificuldade em lavar as mãos e a cara sem ajuda?	
IN15		
	1 Sim 2 Não 8 Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
		Filtro G1
G0620	G6.2. Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo?	
IN15		
	1 Tem alguma dificuldade 2 Tem muita dificuldade 3 Não consegue de todo 8 Prefere não responder 9 Não sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
		Filtro G1
FILTRO G1 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?	
PC2	Entende-se por ajudas: ajuda de outra pessoa, adaptação da habitação ou ajudas técnicas.	
	1 Sim 2 Não 8 Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> → G8a 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
		G8b
G0800	G8a. E precisa de mais ajuda?	
PC3	G8b. E precisa de ajuda?	
	1 Sim 2 Não 8 Prefere não responder 9 Não sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

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 HA1a	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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	} H2.1
H0120 HA1a	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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
H0210 HA1b	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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	} H3.1
H0220 HA1b	H2.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo? 1 Tem alguma dificuldade 2 Tem muita dificuldade 3 Não consegue de todo 8 Prefere não responder 9 Não sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
H0310 HA1c	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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	} H4.1
H0320 HA1c	H3.2 Tem alguma dificuldade, muita dificuldade ou não consegue de todo? 1 Tem alguma dificuldade 2 Tem muita dificuldade 3 Não consegue de todo 8 Prefere não responder 9 Não sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
H0410 HA1d	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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	} H5.1

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

HA1d

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

HA1e

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

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

HA1e

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

HA1f

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

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

HA1f

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

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

HA1g

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

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

HA1g

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 Tem alguma dificuldade | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro H1 |
| 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"/> | |

FILTRO H1

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

ELSE → I1

H0800

HA2

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
2 Não
8 Prefere não responder

- 1 ☐ → H9a
2 ☐ } H9b
8 ☐

H0900

HA3

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

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

- 1 ☐
2 ☐
8 ☐
9 ☐

I - DOR

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

I0100

PN1

I1. Qual a intensidade da dor que sentiu nas últimas 4 semanas? Vou ler-lhe as opções de resposta:

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
2 Muito ligeira
3 Ligeira
4 Moderada
5 Intensa
6 Muito intensa
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
8 ☐
9 ☐

I0200

PN2

I2. Nas últimas 4 semanas, em que medida a dor interferiu nas suas tarefas habituais? Vou ler-lhe as opções de resposta:

Considere como tarefas habituais as que realiza fora de casa e as tarefas domésticas.

- 1 Nada
2 Um pouco
3 De forma moderada
4 Bastante
5 De forma extrema
8 Prefere não responder
9 Não sabe

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
8 ☐
9 ☐

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

MH1a

J1. Nas últimas 2 semanas, com que frequência teve pouco interesse ou prazer em fazer as coisas habituais? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

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

- 1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
8 ☐
9 ☐

J0200

MH1b

J2. E com que frequência se sentiu em baixo, deprimido ou desamparado? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

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
MH1c

J3. E com que frequência teve dificuldade em adormecer ou dormiu pouco ou dormiu demais? Nunca, vários dias, mais do que metade dos dias ou quase todos os dias?

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção "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
MH1d

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

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
MH1e

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

Se considera que esteve todos os dias nesta situação, selecione a opção "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
MH1f

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

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
MH1g

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

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"/> |

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

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

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

EHCM

CUIDADOS DE SAÚDE

K - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

FILTRO K1

Se D0400 = 1 e A1800 ≠ 1 → K1a

se D0400 = 1 e A1800 = 1 → K1b

Se D0400 = 2, 8 e A1800 ≠ 1 → K1c

Se D0400 = 2, 8 e A1800 = 1 → K1d

Se (D0100 = 2, 8, 9 ou D0200 = 2, 8 ou D0300=8) e A1800 ≠ 1 → K1c

Se (D0100 = 2, 8, 9 ou D0200 = 2, 8 ou D0300=8) e A1800 = 1 → K1d

K0100
HO1A

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
HO1B

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:

N.º total de noites

- K2_aux.1 Número de meses
K2_aux.2 Número de semanas
K2_aux.3 Número de dias
998 Prefere não responder
999 Não sabe

|_|_|_| → **Filtro K3**

|_|_|

|_|_|

|_|_|_|

998 ☐

999 ☐

} **Filtro K3**

K0200_aux

K2.VA. Cálculo automático em noites

|_|_|_| → **Filtro K3**

FILTRO K3

Se D0300 = 1 → K3a

ELSE → K3b

- K0300 HO2A **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 HO2B **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.

N.º total de vezes

- 998 Prefere não responder
999 Não sabe

|_|_|_|
998 ☐
999 ☐

L1 - ASSISTÊNCIA AMBULATORIA E DOMICILIÁRIA

As próximas perguntas são sobre as últimas consultas que realizou num estabelecimento de saúde (hospital, centro de saúde ou consultório). Não considere as consultas em que foi como acompanhante de outra pessoa.

- L0100 AM1 **L1. Quando foi a última vez que consultou um dentista?**
- Considere também as consultas com ortodontistas e estomatologistas.**

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

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
8 ☐ } **L2**
3 ☐ → **L3a**
4 ☐ → **L3b**
8 ☐ → **L4.1**

- L0210 IN16 **L2. Qual a principal razão da última consulta?**

- 1 Sentiu dores ou outra situação de urgência
2 Extração de um dente
3 Fazer uma prótese dentária fixa ou removível ("placa")
Considere também colocação de coroa, ponte ou implante.
4 Vigilância / Rotina
5 Higiene
Considere também destarização, polimento dentário, remoção de manchas, limpeza.
6 Aplicação de selantes de fissura
7 Tratamento de um dente
8 Ortodontia
Considere todos os dispositivos fixos ou removíveis, colocados por médico dentista ou estomatologista com objetivo de prevenir ou corrigir más posições dos dentes e dos maxilares.
9 Outra razão
98 Prefere não responder
99 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
6 ☐
7 ☐
8 ☐
9 ☐
98 ☐
99 ☐ } **L4.1**

L0300 IN17	L3a. Qual a principal razão porque não consultou um dentista no último ano? L3b. Qual a principal razão porque nunca consultou um dentista?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder 9 <input type="checkbox"/> Não sabe
L0410 IN18	L4.1. Escova os dentes? 1 Sim Responda também "Sim" à escovagem de prótese dentária ("placa") 2 Não 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> } L5
L0420 IN18	L4.2. Com que frequência? Vou ler-lhe as opções de resposta: 1 Todos os dias, de manhã, após o almoço e antes de se deitar 2 Todos os dias, de manhã e antes de se deitar 3 Todos os dias, apenas de manhã 4 Todos os dias, apenas antes de se deitar 5 Algumas vezes por semana 6 Menos de uma vez por semana 8 <input type="checkbox"/> Prefere não responder 9 <input type="checkbox"/> Não sabe	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
L0500 AM2	L5. Quando foi a última vez que consultou um médico de clínica geral ou de medicina geral e familiar? Há menos de 12 meses, há 12 meses ou mais ou nunca consultou? Considere também os médicos de família. Considere as consultas em consultórios médicos privados, as consultas no domicílio e as teleconsultas.	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> } L7
L0600 AM3	L6. Nas últimas 4 semanas quantas consultas teve com médicos de clínica geral ou de medicina geral e familiar? N.º de consultas 998 <input type="checkbox"/> Prefere não responder 999 <input type="checkbox"/> Não sabe	_ _ 998 <input type="checkbox"/> 999 <input type="checkbox"/>
L0700 AM4	L7. Quando foi a última vez que consultou outro médico especialista? Há menos de 12 meses, há 12 meses ou mais ou nunca consultou? 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 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> } L9.1
L0800 AM5	L8. Nas últimas 4 semanas quantas consultas teve com outros médicos especialistas? N.º de consultas 998 <input type="checkbox"/> Prefere não responder 999 <input type="checkbox"/> Não sabe	_ _ 998 <input type="checkbox"/> 999 <input type="checkbox"/>
L0911 AM6A	L9.1. Nos últimos 12 meses consultou um fisioterapeuta, cinesioterapeuta, quiroprata ou osteopata? 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?**
AM6B

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 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?**
AM7

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 | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro L1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Não sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

L2 - SAÚDE OCUPACIONAL

FILTRO L1

A0800 = 1 → L11

A0800 ≠ 1 → L12

L1100 **L11. Nos últimos 2 anos fez exames ou teve alguma consulta de medicina do trabalho?**

IN60

Considere todos os exames de diagnóstico prestados no âmbito da medicina do trabalho promovida pela entidade patronal ou realizados a título individual, no caso dos trabalhadores por conta própria.

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

L1200 **L12. Nos últimos 12 meses foi-lhe diagnosticada alguma doença profissional? Inclua apenas as situações em que a doença tenha sido notificada por um médico.**

IN61

Considere apenas as situações em que a doença foi diagnosticada e notificada por um médico para a entidade competente (Instituto da Segurança Social).

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

L1300 **L13. E essa doença está relacionada com ...**

IN62

No caso de lhe ter sido reconhecida mais do que uma doença profissional indique a mais recente.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------|
| 1 Problemas ósseos, articulares ou musculares | 1 <input type="checkbox"/> | } Filtro M1 |
| 2 Problemas respiratórios ou pulmonares | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Problemas do aparelho digestivo (estômago, fígado, pâncreas ou intestino) | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Problemas de rins ou bexiga | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Stress, depressão ou ansiedade | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 6 Problemas de audição | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 Problemas de pele | 7 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Doença infecciosa (vírus, bactéria ou outro tipo de infeção) | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 9 Outros problemas de saúde | 9 <input type="checkbox"/> | |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> | |
| 99 Não sabe | 99 <input type="checkbox"/> | |

M - CONSUMO DE MEDICAMENTOS

FILTRO M1

SE Sexo = 1 OU (Sexo = 2 E Idade > 55) → M1a;
SE Sexo = 2 E Idade ≤ 55 → M1b

- M0100 MD1 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? Exclua 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 compartilhado 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 MD2 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? Exclua 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 ☐

- M0300 IN63 M3.** Habitualmente toma algum medicamento receitado por um médico para a hipertensão arterial (tensão arterial alta)?
- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
- 1 ☐
2 ☐
8 ☐

- M0400 IN64 M4.** Habitualmente toma algum medicamento receitado por um médico para a diabetes?
- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
- 1 ☐
2 ☐
8 ☐

- M0500 IN65 M5.** Habitualmente toma algum medicamento receitado por um médico para o colesterol elevado ou triglicéridos?
- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
- 1 ☐
2 ☐
8 ☐

- M0600 IN66 M6.** Habitualmente toma algum medicamento receitado por um médico para a depressão?
- 1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
- 1 ☐
2 ☐
8 ☐

N - CUIDADOS PREVENTIVOS

- N0110 PA1 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? Há menos de 12 meses ou há 12 meses ou mais?

PA1

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

1 ☐ → N1.3
2 ☐ } N2.1
8 ☐

N0130 N1.3. E em que mês?

PA1

- 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 - 2018 ou 2019)

|_|_|_|_|

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

IN19

- 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? Há menos de 10 anos ou há 10 anos ou mais?

IN19

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

1 ☐ → N3.1
2 ☐
8 ☐ } N3.1
9 ☐

N0230 N2.3. E foi há menos de 20 anos ou há 20 anos ou mais?

IN19

- 1 Há menos de 20 anos
- 2 Há 20 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?

PA2

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?

PA2

- 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?

PA3

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?

PA3

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

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

PA4

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

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

N0520 N5.2. Quando foi a última vez?

PA4

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

PA5

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?

PA5

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

PA6

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?

PA6

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

FILTRO N1

SE Sexo = 1 → P1.1;

SE Sexo = 2 → N8.1

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

PA7

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

1 ☐

2 ☐

8 ☐

9 ☐

} **N9.1**

N0820 N8.2. Quando foi a última vez?

PA7

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

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

8 ☐

9 ☐

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

PA8

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

1 ☐

2 ☐

8 ☐

9 ☐

} **Filtro O1**

N0921 N9.2. Quando foi a última vez?

PA8

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

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

8 ☐

9 ☐

} **Filtro O1**

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?

IN20

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

1 ☐ → **O2**

2 ☐ → **O3**

8 ☐

9 ☐

} **Filtro O2**

O0200 O2. Pode indicar-me então da seguinte lista qual o principal método contraceptivo utilizado?

IN21

- 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 ☐

9 ☐

10 ☐

11 ☐

12 ☐

13 ☐

14 ☐

98 ☐

99 ☐

} **Filtro O2**

O0300

IN22

O3. Qual a principal razão para a senhora ou seu marido/companheiro 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 ☐
5 ☐
6 ☐
8 ☐
9 ☐
- Filtro O2**

FILTRO O2

SE A1700 = 1 E A1800 = 2 → O4a

SE A1700 = 2 E A1800 = 2 → O4b

SE A1800 = 1 → O5

ELSE → O4c

O0400

IN23

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?

Responda "Sim" mesmo que o filho não tenha nascido vivo ou mesmo que a gravidez não tenha chegado ao seu termo.

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

- 1 ☐
2 ☐
8 ☐
9 ☐
- FILTRO O4**

O0500

IN24

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

Considere a data do último parto mesmo que o filho não tenha nascido vivo.

Se a gravidez terminou antes dos 5 meses, registre "Não se aplica".

Ano do último parto

|_|_|_| → **Filtro O3**

- 9997 Não se aplica
9998 Prefere não responder
9999 Não sabe

- 9997 ☐
9998 ☐
9999 ☐
- O9**

FILTRO O3

SE O0300 = 1 → O6.2a;

ELSE → O6.1

O0610

IN25

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

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

- 1 ☐ → **O6.2b**
2 ☐
8 ☐ **Filtro O4**
9 ☐

O0620

IN25

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

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

Se amamentou menos de uma semana registre 0.

Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

Nº de semanas de amamentação em exclusivo

O6.2_aux.1 Número de meses

O6.2_aux.2 Número de semanas

998 Prefere não responder

999 Não sabe

O6.2.VA. Cálculo automático em semanas

|_|_| → **Filtro O4**
|_|_|
|_|_|
998 ☐ **Filtro O4**
999 ☐

O0620_AUX

FILTRO O4

SE A1700 = 1 → O7a;

SE A1700 ≠ 1 E A1800 = 1 → O7b;

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

SE A1700 ≠ 1 E A1800 ≠ 1 E O0400 ≠ 1 → O9

O0700 **O7a. Considere a gravidez atual. Com quantas semanas de gravidez foi à consulta de vigilância pela primeira vez?**
IN26 **O7b. Considere a última gravidez. Com quantas semanas de gravidez foi à consulta de vigilância pela primeira vez?**

Se não foi pelo menos a uma consulta de vigilância da gravidez, registre 0. Inclui consultas de saúde materna.
 Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

Nº de semanas de gravidez na 1ª consulta de vigilância |__|__| → **Filtro O5**
 O7_aux.1 Número de meses |__|__|
 O7_aux.2 Número de semanas |__|__|
 998 Prefere não responder 998 ☐ } **Filtro O5**
 999 Não sabe 999 ☐
O0700_AUX O7.VA. Cálculo automático em semanas |__|__|

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?**

IN27 **O8.1b. Fumou durante a última gravidez?**

Refere-se à última gravidez.

1 Sim 1 ☐
 2 Não 2 ☐
 8 Prefere não responder 8 ☐ } **O9**
 9 Não sabe 9 ☐

O0820 **O8.2. Diariamente ou ocasionalmente?**

IN27

1 Diariamente 1 ☐ → **O9**
 2 Ocasionalmente 2 ☐
 8 Prefere não responder 8 ☐ } **O9**
 9 Não sabe 9 ☐

O0830 **O8.3. Com que frequência?**

IN27

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

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

IN28

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

P - NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS

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

P0110 **P1.1. Nos últimos 12 meses teve de esperar por uma consulta, exame ou tratamento médico, mais do que entende como adequado ou razoável?**
UN1A

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

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

P0120 UN1B 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?

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

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

P0210 UN2a P2.1. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta médica ou de fazer exames ou tratamentos médicos mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?

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

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 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 UN2b P2.2. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta dentária ou de fazer exames ou tratamentos dentários mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?

Inclui cuidados de saúde prestados por (ou sob a supervisão de) dentistas, estomatologistas e ortodontistas.
Falta de disponibilidade financeira refere-se a dificuldades financeiras que podem resultar de preços elevados ou da não cobertura por parte do sistema de saúde.

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

P0230 UN2c P2.3. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de comprar medicamentos receitados mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?

Inclui os medicamentos que só podem ser obtidos com uma receita médica (de um médico ou dentista).
Falta de disponibilidade financeira refere-se a dificuldades financeiras que podem resultar de preços elevados ou da não cobertura por parte do sistema de saúde.

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

P0240 UN2d P2.4. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta de psiquiatria, psicologia ou psicoterapia ou de tratamentos de saúde mental mas não satisfaz essa necessidade por dificuldades financeiras?

Inclui cuidados de saúde para tratamento de problemas mentais prestados por médicos psiquiatras ou por profissionais não médicos (p. ex. psicólogos ou psicoterapeutas).
Falta de disponibilidade financeira refere-se a dificuldades financeiras que podem resultar de preços elevados ou da não cobertura por parte do sistema de saúde.

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

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

Q0100
BM1

Q1. Qual é a sua altura?

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

998 Prefere não responder
999 Não sabe

Cm |_|_|_|_|
998 ☐
999 ☐

FILTRO Q1

Se A1700 = 1 → Q2b;
ELSE → Q2a

Q0200
BM2

Q2a. Quanto é que pesa?

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

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

998 Prefere não responder
999 Não sabe

Kg |_|_|_|_|
998 ☐
999 ☐

R - ATIVIDADE / EXERCÍCIO FÍSICO

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

R0100
PE1

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

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

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

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

R0210
PE2

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

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

8 Prefere não responder N.º de dias |_|_| } Filtro R1
8 ☐

FILTRO R1

SE R0210 = 0,8 → R3.1;
SE R0210 = 1 → R2.2a;
ELSE → R2.2b

R0220
PE3

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

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

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

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

R0310 **R3.1. Numa semana normal, nas suas deslocações, quantos dias anda de bicicleta pelo menos 10 minutos seguidos? Considere também o fim de semana. Não considere andar de bicicleta como desporto ou passeio.**
PE4 Se nunca anda a pé ou anda menos de 10 minutos seguidos, registe 0.

8 Prefere não responder

N.º de dias

} Filtro R2
8 ☐

FILTRO R2
SE R0310 = 0,8 → R4.1;
R0310 = 1 → R3.2a;
ELSE → R3.2b

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

PE5 **R3.2b. E num dia normal, nas suas deslocações, quanto tempo anda de bicicleta?**

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

1 10 a 29 minutos

1 ☐

2 30 a 59 minutos

2 ☐

3 1 hora a menos de 2 horas

3 ☐

4 2 horas a menos de 3 horas

4 ☐

5 3 horas ou mais

5 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

Agora pense em atividades desportivas ou de lazer.

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

PE6

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

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

8 Prefere não responder

N.º de dias

} Filtro R3
8 ☐

FILTRO R3
SE R0410 = 0,8 → R5;
SE R0410 = 1 → R4.2a;
ELSE → R4.2b

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

PE7

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

Registe horas e minutos.

8 Prefere não responder

Quanto tempo por semana (hh:mm)

:

9 Não sabe

8 ☐

9 ☐

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

PE8

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

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

8 Prefere não responder

N.º de dias

8 ☐

R0600 **R6. Num dia normal, quanto tempo costuma passar sentado ou deitado?**

PE9

Refere-se ao tempo que passa sentado no trabalho, nas deslocações, em casa e nos tempos de lazer. INCLUI, por exemplo, o tempo que passa deitado ou reclinado no sofá, a ler ou a ver televisão.

Não inclui o tempo que passa a dormir.

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

9 Não sabe

Quanto tempo por dia (hh:mm)

: → S1
9 ☐ → R6.1

R0610 **R6.1. Em alternativa indique o escalão de tempo que costuma passar sentado ou deitado:**

PE9

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

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| 1 Menos de 4 horas | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 4 horas a menos de 6 horas | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 6 horas a menos de 8 horas | 3 <input type="checkbox"/> |
| 4 8 horas a menos de 10 horas | 4 <input type="checkbox"/> |
| 5 10 horas a menos de 12 horas | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6 12 horas ou mais | 6 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> |

S - CONSUMO DE ALIMENTOS

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

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

IN29

	N.º de refeições principais	<input type="text"/>
8 Prefere não responder		8 <input type="checkbox"/>

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"/>
IN30				
S0202 S2.2. Sopa?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN31				
S0203 S2.3. Pão?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN32				
S0204 S2.4. Carne?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN33				
S0205 S2.5. Peixe?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN34				
S0206 S2.6. Batatas, arroz ou massa?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN35				
S0207 S2.7. Feijão ou grão?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN36				
S0208 S2.8. Bolos, chocolates ou sobremesas?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN37				
S0209 S2.9. Refrigerantes, com ou sem gás?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN38				
S0210 S2.10. Sumos naturais, feitos a partir de fruta fresca?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN39				
S0211 S2.11. Outros alimentos?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
IN40				

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

IN41

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?

IN42

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

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

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

S0311 DH1 **S3.1. Com que frequência come fruta, excluindo sumos feitos com fruta fresca ou com concentrados de fruta? Vou ler-lhe as opções de resposta:**

Inclui fruta congelada ou em conserva mas exclui qualquer sumo de fruta.

- 1 Uma vez ou mais por dia
- 2 4 a 6 vezes por semana
- 3 1 a 3 vezes por semana
- 4 Menos de uma vez por semana
- 5 Nunca
- 8 Prefere não responder
- 9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
8 ☐
9 ☐ } **S4.1**

S0321 DH2 **S3.2. Normalmente quantas porções de fruta consome por dia?**

Mostre cartão com equivalências das porções de fruta.

N.º de porções de fruta

|_|_|

998 Prefere não responder

998 ☐

999 Não sabe

999 ☐

S0411 DH3 **S4.1. Com que frequência consome legumes ou saladas, excluindo sopas, batatas e quaisquer sumos? Vou ler-lhe as opções de resposta:**

Inclui legumes frescos, cozinhados, congelados ou em conserva mas exclui sopas (quentes ou frias), batatas, tartes ou pratos vegetarianos e sumos.

- 1 Uma vez ou mais por dia
- 2 4 a 6 vezes por semana
- 3 1 a 3 vezes por semana
- 4 Menos de uma vez por semana
- 5 Nunca
- 8 Prefere não responder
- 9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
8 ☐
9 ☐ } **S5**

S0421 DH4 **S4.2. Normalmente quantas porções de legumes ou saladas consome por dia?**

Mostre cartão com equivalências das porções de legumes ou saladas.

N.º de porções de legumes e saladas

|_|_|

998 Prefere não responder

998 ☐

999 Não sabe

999 ☐

S0500 DH5 **S5. Com que frequência bebe sumos feitos exclusivamente de fruta ou legumes, excluindo sumos preparados a partir de concentrados? Vou ler-lhe as opções de resposta:**

Considere sumos feitos a partir de frutas e legumes frescos, congelados ou em puré.

Não considere todos os sumos preparados industrialmente, com ou sem adição de açúcar.

- 1 Uma vez ou mais por dia
- 2 4 a 6 vezes por semana
- 3 1 a 3 vezes por semana
- 4 Menos de uma vez por semana
- 5 Nunca
- 8 Prefere não responder
- 9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
8 ☐
9 ☐

S0600 DH6 **S6. Com que frequência bebe refrigerantes açucarados, com ou sem gás, excluindo refrigerantes sem adição de açúcar (tipo *light* ou *diet*)? Vou ler-lhe as opções de resposta:**

Inclui bebidas energéticas com açúcar.

Exclui todos os refrigerantes sem adição de açúcar (por exemplo, coca-cola *light*, *diet* ou zero).

- 1 Uma vez ou mais por dia
- 2 4 a 6 vezes por semana
- 3 1 a 3 vezes por semana
- 4 Menos de uma vez por semana
- 5 Nunca
- 8 Prefere não responder
- 9 Não sabe

1 ☐
2 ☐
3 ☐
4 ☐
5 ☐
8 ☐
9 ☐

S0710 **S7.1. Com que frequência consome carne ou produtos derivados, tais como, fiambre, enchidos ou hambúrgueres? Vou ler-lhe as opções de resposta:**
IN68

Inclui qualquer tipo de carne (de aves, bovino, suíno, borrego, etc.).

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Uma vez ou mais por dia | 1 <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

S0720 **S7.2. Com que frequência consome peixe, marisco ou produtos derivados?**

IN69

Inclui peixe em conserva.

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Uma vez ou mais por dia | 1 <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

S0730 **S7.3. Com que frequência consome ovos ou produtos confeccionados com ovos?**

IN70

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Uma vez ou mais por dia | 1 <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

S0740 **S7.4. Com que frequência consome leite e produtos lácteos, tais como, queijo, manteiga ou iogurtes?**

IN71

Considere apenas produtos de origem animal.

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1 Uma vez ou mais por dia | 1 <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

T - CONSUMO DE TABACO

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

T0100 **T1.1. Fuma?**

SK1

Considere qualquer tipo de tabaco consumido, independentemente da regularidade, incluindo tabaco aquecido.
Não considere cigarros eletrónicos.

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|--------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } T4.1 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

T0310 **T1.2. Diariamente ou ocasionalmente?**

SK1

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1 Diariamente | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2 Ocasionalmente | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → T9 |

T0410 **T2. Que tipo de tabaco consome habitualmente? Vou ler-lhe as opções de resposta:**

IN44

SK2A

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 T1 |
| 2 Cigarros enrolados à mão | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 Charutos | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 Cigarrilhas | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Tabaco de cachimbo | 5 <input type="checkbox"/> | |
| 6 Tabaco de cachimbo de água, narguilé ou shisha | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 Tabaco aquecido | 7 <input type="checkbox"/> | |
| Por exemplo, o tabaco aquecido IQOS | | |
| 8 Outro tipo | 8 <input type="checkbox"/> | |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> | |

<p align="center">FILTRO T1</p> <p align="center">SE T0310 = 1 E T0410 = 1,2 → T3</p> <p align="center">SE T0310 = 2 → T4.3</p> <p align="center">T0310 = 1 E T0410 ≠ 1,2 → T5a</p>
--

- T0500 SK2B T3. Em média quantos cigarros fuma por dia?**
- N.º de cigarros
- | | | |
|---------------------------|------------------------------|--------------|
| 998 Prefere não responder | 998 <input type="checkbox"/> | } T5a |
| 999 Não sabe | 999 <input type="checkbox"/> | |

- T0200 IN43 T4.1. Alguma vez fumou?**
- Considere qualquer tipo de tabaco consumido, independentemente da regularidade, incluindo tabaco aquecido. Não considere cigarros eletrónicos.
- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-------------|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> | } T9 |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

- T0320 IN43 T4.2. Fumava diariamente ou ocasionalmente?**
- | | |
|-------------------------|--|
| 1 Diariamente | 1 <input type="checkbox"/> → T5b |
| 2 Ocasionalmente | 2 <input type="checkbox"/> → T7.2 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → T9 |

- T0330 SK3 T4.3. Alguma vez fumou diariamente ou quase diariamente?**
- Considere qualquer tipo de tabaco incluindo tabaco aquecido. Não considere cigarro eletrónico.
- | | |
|-------------------------|---|
| 1 Sim | 1 <input type="checkbox"/> → T5b |
| 2 Não | 2 <input type="checkbox"/> → T9 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> → T9 |

- T2000 SK4 T5a. Fuma diariamente há quantos anos? Considere todos os períodos em que fumou diariamente.**
- T5b. Fumou diariamente durante quantos anos? Considere todos os períodos em que fumou diariamente.**
- Se não se recorda do número exato de anos, indique uma estimativa.

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

- T0800 IN47 T6. Com que idade começou a fumar diariamente?**
- Se esteve períodos sem fumar, indique a idade em que começou a fumar diariamente pela primeira vez.
- | | | |
|---------------------------|------------------------------|--------------------|
| Idade | 998 <input type="checkbox"/> | } Filtro T2 |
| 998 Prefere não responder | 999 <input type="checkbox"/> | |
| 999 Não sabe | | |

<p align="center">FILTRO T2</p> <p align="center">SE T0310 = 1 → T9</p> <p align="center">SE T0320 = 1 OU T0330 = 1 → T7.1</p> <p align="center">ELSE → T7.2</p>

- T0600 IN45 T7.1. Com que idade deixou de fumar diariamente?**
- T7.2. Com que idade deixou de fumar?**
- Se deixou de fumar mais do que uma vez, indique a idade que tinha quando deixou de fumar pela última vez. Pode responder selecionando e preenchendo uma das seguintes opções:

		Idade	_ _ _ → T8
T0600_A	T7.A. Há quantos anos deixou de fumar?	Anos	_ _ _ → T7.VA
T0600_B	T7.B. Em que ano deixou de fumar?	Ano	_ _ _ _ → T7.VA
	9998 Prefere não responder		9998 <input type="checkbox"/> } T8
	9999 Não sabe		9999 <input type="checkbox"/> } T8
T0600_VA	T7.VA. [aplicação calcula a idade em que o entrevistado deixou de fumar]		_ _ _
T0700 IN46	T8. Que tipo de ajuda ou ajudas usou para deixar de fumar? Se deixou de fumar mais do que uma vez, considere a última vez. Vou ler-lhe as opções de resposta:		
		Sim	Não
			Prefere não responder
			Não sabe
T0701 IN461	T8.1. Apoio médico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
			8 <input type="checkbox"/>
			9 <input type="checkbox"/>
T0702 IN462	T8.2. Apoio psicológico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
			8 <input type="checkbox"/>
			9 <input type="checkbox"/>
T0703 IN462	T8.3. Medicamentos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Por exemplo, Champix, Elontril, Zyban.		8 <input type="checkbox"/>
			9 <input type="checkbox"/>
T0704 IN463	T8.4. Pastilhas de nicotina	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
			8 <input type="checkbox"/>
			9 <input type="checkbox"/>
T0705 IN464	T8.5. Adesivos ou pensos de nicotina	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
			8 <input type="checkbox"/>
			9 <input type="checkbox"/>
T0706 IN465	T8.6. Nenhum apoio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
			8 <input type="checkbox"/>
			9 <input type="checkbox"/>
T0707 IN466	T8.7. Outro apoio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
			8 <input type="checkbox"/>
			9 <input type="checkbox"/>
T0900 SK6	T9. Utiliza cigarro eletrónico ou aparelhos eletrónicos semelhantes (como por exemplo, e-cachimbo ou e-shisha)?		
	Aparelho mecânico-eletrónico que produz vapor inalável, com ou sem nicotina, também conhecido por e-cigarro. Exclui tabaco aquecido.		
	1 Sim, diariamente		1 <input type="checkbox"/>
	2 Sim, ocasionalmente		2 <input type="checkbox"/>
	3 Não, mas já utilizou		3 <input type="checkbox"/>
	4 Nunca		4 <input type="checkbox"/>
	8 Prefere não responder		8 <input type="checkbox"/>
T1010 SK5	T10.1. Com que frequência está em espaços fechados onde outras pessoas fumam? Vou ler-lhe as opções de resposta:		
	Considere apenas o fumo produzido por outras pessoas (fumo passivo). Espaços fechados: em casa, no trabalho, em espaços públicos, em restaurantes, etc.		
	1 Diariamente		1 <input type="checkbox"/> → T10.2
	2 Pelo menos uma vez por semana (mas não diariamente)		2 <input type="checkbox"/> } U1
	3 Menos de uma vez por semana		3 <input type="checkbox"/>
	4 Nunca ou quase nunca		4 <input type="checkbox"/>
	8 Prefere não responder		8 <input type="checkbox"/>
T1020 SK5	T10.2. E habitualmente está exposto menos de 1 hora ou 1 hora ou mais por dia?		
	1 Menos de 1 hora por dia		1 <input type="checkbox"/>
	2 1 hora ou mais por dia		2 <input type="checkbox"/>
	8 Prefere não responder		8 <input type="checkbox"/>
T1030 IN49	T10.3. E essa exposição ao fumo de tabaco em espaços fechados acontece sobretudo em que local? Vou ler-lhe as opções de resposta:		
	1 Em casa		1 <input type="checkbox"/>
	2 No automóvel		2 <input type="checkbox"/>
	3 No local de trabalho		3 <input type="checkbox"/>
	4 Em locais de lazer		4 <input type="checkbox"/>
	5 Noutros locais		5 <input type="checkbox"/>
	8 Prefere não responder		8 <input type="checkbox"/>

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

U0100

AL1

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
Escolha esta opção se bebeu nos 365 dias dos últimos 12 meses ou geralmente em mais do que 6 dias por semana. | 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"/> | } U6 |
| 6 Uma vez por mês | 6 <input type="checkbox"/> | |
| 7 Menos de uma vez por mês | 7 <input type="checkbox"/> | |
| 8 Não consumiu nos últimos 12 meses, por ter deixado de consumir álcool
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. | 8 <input type="checkbox"/> | } V1 |
| 9 Nunca consumiu, ou só ocasionalmente para provar
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. | 9 <input type="checkbox"/> | |
| 98 Prefere não responder | 98 <input type="checkbox"/> | |
| 99 Não sabe | 99 <input type="checkbox"/> | |

U0200

AL2

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

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|------|
| 1 4 dias | 1 <input type="checkbox"/> | |
| 2 3 dias | 2 <input type="checkbox"/> | |
| 3 2 dias | 3 <input type="checkbox"/> | |
| 4 1 dia | 4 <input type="checkbox"/> | |
| 5 Em nenhum dos dias | 5 <input type="checkbox"/> | } U4 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

U0300

AL3

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

Mostre cartão com equivalências das unidades de bebida.

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

U0400

AL4

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"/> | } U6 |
| 8 Prefere não responder | 8 <input type="checkbox"/> | |

U0500

AL5

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

Mostre cartão com equivalências das unidades de bebida.

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

U0600
AL6

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

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

Mostre cartão com equivalências das unidades de bebida.

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

V - SATISFAÇÃO COM A VIDA

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

V0100
IN50

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
IN51

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
IN52

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
IN53

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:**

IN54

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

W - SUPORTE SOCIAL

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

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

SS1

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

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

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

SS2

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

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

SS3

Obter ajuda em assuntos comuns como apoio pessoal, conselhos, dinheiro.

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

X - CUIDADOS E ASSISTÊNCIA INFORMAL

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

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

IC1

- 1 Sim 1 ☐
- 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.
- 2 Não 2 ☐
- Também responda "Não" se prestar este tipo de cuidados apenas no âmbito da sua atividade profissional. } **Filtro Y1**
- 8 Prefere não responder 8 ☐

X0200 IC3 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 ☐
- 2 Entre 10 horas e menos de 20 horas 2 ☐
- 3 20 horas ou mais 3 ☐
- 8 Prefere não responder 8 ☐

X0300 IC2 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 ☐
- 2 Não 2 ☐
- 8 Prefere não responder 8 ☐
- } **Filtro Y1**

Y - INCAPACIDADE DE LONGA DURAÇÃO

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

FILTRO Y1

Y0100_aux = 1 → Ya;
Y0100_aux > 1 → Yb;
SE Y0100_aux = 0 → Filtro 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**

FILTRO Y2

F0710 = 1 OU F0810 = 1 OU F0910 = 1 → Y1;
ELSE → FILTRO Y3

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

Y0100 IN10 Y1. Está limitado à sua casa (apartamento ou andar)?
Inclui espaços exteriores pertencentes à habitação, por exemplo, jardim, pátio, etc. Incapacidade de longa duração, ou seja, que dura ou que se prevê que venha a durar mais de 6 meses.

- 1 Sim 1 ☐
- 2 Não 2 ☐
- 8 Prefere não responder 8 ☐
- **Filtro Y3**

Y0200
IN11

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

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

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Desloca-se em cadeira de rodas
- 8 Prefere não responder

- 1 ☐ → Filtro Y3
- 2 ☐
- 3 ☐ → Filtro Y3
- 8 ☐

Y0310
IN12

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
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
- 8 Prefere não responder

- 1 ☐
- 2 ☐ } Filtro Y3
- 8 ☐

Y0320
IN13

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

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

- 1 ☐
- 2 ☐ } Filtro Y3
- 3 ☐
- 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
IN14

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
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.
- 2 Acidente de viação em trabalho
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.
- 3 Acidente de trajeto (casa/trabalho ou vice versa)
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.
- 4 Acidente de trabalho, excluindo acidente de viação em trabalho
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.
- 5 Acidente doméstico
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.
- 6 Acidente em atividades de lazer
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.
- 7 Acidente na escola
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.

- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐ } Filtro Z1
- 5 ☐
- 6 ☐
- 7 ☐

- 8 Doença, exceto doença profissional
Escolha esta opção se teve uma doença natural.
- 9 Doença profissional notificada por médico
Escolha esta opção se teve uma doença, lesão ou perturbação funcional como consequência da sua atividade profissional, a qual foi notificada por um médico, independentemente de ter sido ou não certificada por entidade competente
- 10 Outro motivo
- 98 Prefere não responder
- 99 Não sabe
- 8 ☐
- 9 ☐
- 10 ☐
- 98 ☐
- 99 ☐
- Filtro Z1**

RD

RENDIMENTOS E DESPESAS

Z - RENDIMENTO E DESPESAS DO AGREGADO FAMILIAR

FILTRO Z1

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

Z0100

HHINCOME

Z1a. 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).

Z1b. As próximas questões referem-se a rendimentos e despesas do seu agregado familiar. Se considerar necessário, consulte o membro da família mais habilitado para dar informação sobre estas questões.

Habitualmente qual é o valor aproximado do RENDIMENTO MENSAL LÍQUIDO de todas as pessoas que vivem no alojamento? Considere todos os rendimentos com 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).

Z1c. As próximas questões referem-se a rendimentos e despesas do seu agregado familiar. Se considerar necessário, consulte o membro da família mais habilitado para dar informação sobre estas questões.

Habitualmente qual é o valor aproximado do RENDIMENTO MENSAL LÍQUIDO de todas as pessoas do seu agregado familiar (nome [NOME_IND_X(NIND_AGR_SELECT)])? Considere todos os rendimentos com 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 (por exemplo, mais valias na venda de ações ou de imóveis, bónus, heranças, subsídios por morte, etc.).

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

|_|_|_|_|_|_|_| Euros → Filtro Z2

9999999 Não sabe

9999999 ☐ → Z2

Z0200

HHINCOME

Z2. Em alternativa sabe qual é o escalão do rendimento mensal líquido correspondente:

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

- 1 Até 500 euros
- 2 501 - 700 euros
- 3 701 - 900 euros
- 4 901 - 1 100 euros
- 5 1 101 - 1 300 euros
- 6 1 301 - 1 500 euros
- 7 1 501 - 1 800 euros
- 8 1 801 - 2 200 euros
- 9 2 201 - 2 900 euros
- 10 Mais de 2 900 euros
- 98 Prefere não responder
- 99 Não sabe
- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 6 ☐
- 7 ☐
- 8 ☐
- 9 ☐
- 10 ☐
- 98 ☐
- 99 ☐
- Filtro Z2**

FILTRO Z2

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

- Z0300** **Z3a. Nas últimas duas semanas pagou DESPESAS DE SAÚDE, quer respeitem a situações anteriores ou futuras, quer sejam ou não reembolsadas?**
- Z3b. 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?**
- Z3c. 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
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

1 ☐ → **Z4.1**
2 ☐ }
8 ☐ } **Filtro Z7**
9 ☐ }

Z0410 **Z4.1 Foram despesas relacionadas com consultas, incluindo atendimentos em serviços de urgência?**

IN55

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

1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

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

FILTRO Z3

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z4.2a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z4.2b.

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

IN55

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

Indique valores inteiros (sem cêntimos). Se o entrevistado tiver dificuldade em indicar o valor certo, registre o valor aproximado.
Deve indicar o valor efetivamente despendido nas últimas 2 semanas, mesmo que mais tarde venha a ser reembolsado.

Despesas com consultas, incluindo atendimentos em serviços de urgência

9998 Prefere não responder
9999 Não sabe

|_|_|_|_| Euros
9998 ☐
9999 ☐

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

IN56

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

1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

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

FILTRO Z4

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z5.2a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z5.2b.

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

IN56

Z5.2b. Quanto gastaram?

Indique valores inteiros (sem cêntimos). Se o entrevistado tiver dificuldade em indicar o valor certo, registre o valor aproximado.
Deve indicar o valor efetivamente despendido nas últimas 2 semanas, mesmo que mais tarde venha a ser reembolsado.

Despesas com análises e outros exames complementares de diagnóstico

9998 Prefere não responder
9999 Não sabe

|_|_|_|_| Euros
9998 ☐
9999 ☐

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

IN57

1 Sim
2 Não
8 Prefere não responder
9 Não sabe

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

FILTRO Z5

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z6.2a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z6.2b.

Z0620 **Z6.2a. Quanto gastou?**IN57 **Z6.2b. Quanto gastaram?**

Indique valores inteiros (sem cêntimos). Se o entrevistado tiver dificuldade em indicar o valor certo, registre o valor aproximado.
Deve indicar o valor efetivamente despendido nas últimas 2 semanas, mesmo que mais tarde venha a ser reembolsado.

Despesas com medicamentos

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998 ☐

9999 Não sabe

9999 ☐Z0910 **Z7.1. E teve outras despesas relacionadas com deslocações para os serviços de saúde ou realização de exames?**

IN59

Considere apenas despesas com transportes relacionados com deslocações para consultas ou realização de exames.

1 Sim

1 ☐ → Filtro Z6

2 Não

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐ } Filtro Z7

9 Não sabe

9 ☐**FILTRO Z6**

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z7.2a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 → Z7.2b.

Z0920 **Z7.2a. Quanto gastou?**IN59 **Z7.2b. Quanto gastaram?**

Indique valores inteiros (sem cêntimos). Se o entrevistado tiver dificuldade em indicar o valor certo, registre o valor aproximado.
Deve indicar o valor efetivamente despendido nas últimas 2 semanas, mesmo que mais tarde venha a ser reembolsado.

Despesas com deslocações relacionadas com cuidados de saúde

|_|_|_|_| Euros

9998 Prefere não responder

9998 ☐

9999 Não sabe

9999 ☐

} Filtro Z7

FILTRO Z7

SE NIND_AGR_SELECT = 1 → Z8a.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 1 → Z8b.

SE NIND_AGR_SELECT > 1 E DESP_PART = 2 → Z8c.

Z0900 **Z8a. Se surgisse uma despesa inesperada de cerca de 470 euros conseguiria pagá-la de imediato sem recorrer a empréstimo?**

IN67

Z8b. Se surgisse uma despesa inesperada de cerca de 470 euros as pessoas que vivem no alojamento conseguiriam pagá-la de imediato sem recorrer a empréstimo?**Z8c. Se surgisse uma despesa inesperada de cerca de 470 euros as pessoas do seu agregado familiar (nome [NOME_IND_X(NIND_AGR_SELECT)]) conseguiriam pagá-la de imediato sem recorrer a empréstimo?**

1 Sim

1 ☐

2 Não

2 ☐

8 Prefere não responder

8 ☐

9 Não sabe

9 ☐**FIM DO QUESTIONÁRIO**

ANEXOS

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



Salada 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



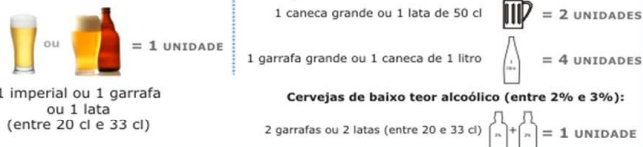
Questões U3, U5 e U6

EXEMPLOS

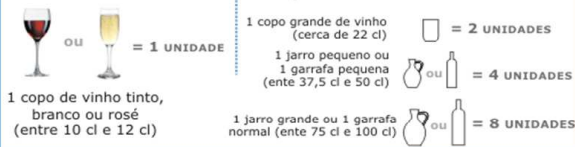
1 bebida alcoólica equivale a 1 unidade padrão

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

Cerveja



Vinho



Bebidas espirituosas



Outros exemplos:



Champanhe

